L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

L'UNION MÉDICALE

90068

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES
MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME CINQUANTE-ET-UNIÈME

PARIS,

90068

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1891

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — Professeur DUPLAY.

Des différentes variétés d'hydrocèle.

Messieurs, je vais opérer tout à l'heure un malade atteint d'une affection très commune, mais que, à cause de sa fréquence même, vous devez connaître parfaitement et savoir traiter sans avoir recours au chirurgien.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, coiffeur, couché au n° 22 de la salle Velpeau, et dont les antécédents héréditaires et personnels sont sans importance. En 1880, il s'est aperçu que la partie droite de son scrotum augmentait peu à peu de volume, sans du reste qu'il sentît la moindre douleur. L'augmentation se poursuivit peu à peu et, en neuf ans, la tumeur avait atteint le volume du poing. Un médecin fit alors une opération qui consista en une ponction suivie d'une injection iodée. Douze jours après, la guérison était complète et se maintint pendant deux ans. Mais alors la tuméfaction se reproduisit, prit en quelques mois le même volume que précédemment, et le malade se décida à entrer dans nos salles. Il faut noter que, il y a un an, était survenu un incident assez important. Le malade est à l'âge où l'on commence à mal pisser et son jet d'urine est un peu hésitant, un peu lent. Dans ces conditions, il fut pris un jour, sans cause avouée, d'une rétention d'urine complète qui nécessita le cathétérisme.

En examinant le malade à son entrée, nous avons constaté que le scrotum présentait à droite un volume notable et que la tumeur, transparente, piriforme, avait sa grosse extrémité en bas et sa petite extrémité vers le canal inguinal. En réalité, la forme se rapprochait surtout de celle du rein. L'extrémité supérieure atteignait le canal inguinal sans y pénétrer, il y avait de la fluctuation évidente dans tous les sens, mais la poche n'était ni tendue, ni rénitente, plutôt flasque et mollasse. A la partie postérieure, inférieure et interne, on sentait un corps plus dur, donnant à la compression une douleur spéciale et qui était évidemment le testicule. La glande présentait manifestement des nodosités, de petits noyaux assez facilement perceptibles et paraissant siéger surtout sur l'épididyme. Dans le cordon, on sentait aussi un petit noyau du même genre sur la partie moyenne.

Une tumeur telle que je viens de vous la décrire, fluctuante, transparente, sauf dans le point où est situé le testicule, est certainement une hydrocèle, et il n'y a pas de doute sur le diagnostic.

Le côté gauche du scrotum du malade est aussi augmenté de volume ; à la partie antérieure, il y a une petite poche fluctuante et transparente, et

postérieurement on sent nettement le corps du testicule qui est sain et l'épididyme qui présente de petites nodosités du côté de la tête et de la queue. L'indolence est complète.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une hydrocèle double, surtout prononcée à droite, et qui présente cette particularité qu'il y a eu une récidive de ce côté.

Un grand nombre de variétés d'hydrocèle peuvent se produire au niveau de la région inguino-scrotale, et nous allons rapidement les passer en revue.

Dans le cas dont nous nous occupons, le diagnostic est surtout à faire entre l'hydrocèle vaginale et l'hydrocèle enkystée du testicule. Je néglige volontairement la vaginalite, qui est une inflammation dépendant d'une orchi-épididymite et s'accompagne de douleur, de chaleur, etc.

On a l'habitude de distinguer l'hydrocèle par infiltration de l'hydrocèle par épanchement, qui seule doit nous retenir. Il faudrait une grande ignorance pour confondre l'une avec l'autre, car la première est simplement de l'œdème et, dans ce cas, il n'y a ni fluctuation, ni transparence et les tissus gardent l'empreinte du doigt.

Les difficultés du diagnostic sont un peu plus grandes entre l'hydrocèle enkystée du testicule et de l'épididyme et l'hydrocèle vaginale. Dans les deux cas, on trouve de la transparence et de la fluctuation ou de la rénitence. Les différences consistent dans les rapports variables qui existent entre la poche et le testicule.

L'épanchement, dans l'hydrocèle de la tunique vaginale, se fait tout autour du testicule, et ce dernier occupe la partie postéro-inférieure et un peu interne de la tumeur. C'est là la règle, mais il ne faut pas oublier qu'en cas d'inversion de l'épididyme, le testicule se trouve en avant de l'épanchement.

Dans l'hydrocèle enkystée, il y a un kyste qui prend naissance entre le testicule et l'épididyme, soit au niveau de la tête de ce dernier, soit un peu plus bas. Ce kyste augmente peu à peu de volume, jusqu'à couvrir le testicule, mais il tient toujours à la tête de l'épididyme par un point plus ou moins rétréci, gros comme le pouce ou les deux pouces, et on peut toujours contourner la glande, ce qui est impossible quand elle est enveloppée par l'épanchement.

Il faut distinguer plusieurs variétés dans l'hydrocèle vaginale et on décrit séparément l'hydrocèle congénitale et l'hydrocèle en bissac de Dupuytren.

Chez le fœtus, il n'y a rien dans la tunique vaginale, et c'est au moment de la descente du testicule qu'un prolongement du péritoine est entraîné et constitue la cavité séreuse. L'hydrocèle congénitale est celle dans laquelle le prolongement péritonéo-vaginal ne se sépare pas de la grande cavité abdominale. Le liquide que contient alors le sac est très facilement réductible et rentre dans l'abdomen très rapidement quand le trajet est large. Si au contraire le trajet est étroit, s'il n'y a qu'un petit pertuis, il peut être très long de faire rentrer tout le liquide.

L'hyrocèle en bissac ou de Dupuytren est une deuxième variété de l'hydrocèle congénitale. On confond facilement l'hydrocèle en bissac avec l'hydrocèle bilobée. Cette dernière est celle dans laquelle, par suite de la résistance de la tunique fibreuse des bourses, il s'est formé une bride divisant le sac en deux parties.

L'hydrocèle en bissac est une hydrocèle dans laquelle le conduit péri-

tonéo-vaginal, au lieu de s'oblitérer sur le trajet du cordon plus ou moins haut, ne s'est fermé que dans sa partie supérieure, cette oblitération interrompant, du reste, complètement toute communication avec la cavité péritonéale. Si, dans ces conditions, un épanchement se fait dans la tunique vaginale, cet épanchement se divise en deux parties : l'une occupe la cavité qui va du fond des bourses jusqu'à l'orifice du canal, et la deuxième une dilatation intra-canaliculaire. Quelquefois le péritoine se trouve repoussé et il se forme alors une poche sous-péritonéale qui peut être sentie dans la fosse iliaque.

Chez certains malades, l'hydrocèle vaginale remonte jusqu'à l'orifice externe du canal vaginal; c'est là une petite anomalie qui n'est pas rare.

Il me faut vous dire un mot d'une variété très spéciale, l'hydrocèle du cordon. Cette hydrocèle a deux variétés : dans l'une, la cavité se présente sur le trajet du cordon, elle est constituée évidemment par un débris non oblitéré du canal péritonéo-vaginal. On constate alors l'existence d'une petite tumeur résistante, transparente, qui siège en un point plus ou moins élevé sur le trajet du cordon. Quelques kystes de ce genre se rapprochent quelquefois de la partie inférieure des bourses et la confusion est alors possible avec l'hydrocèle ordinaire.

Ainsi que nous l'avons dit, il arrive parfois que le canal péritonéo-vaginal se ferme seulement supérieurement et persiste dans la plus grande partie de son étendue. Inversement, il peut arriver que l'oblitération ne se fasse que plus ou moins bas, près de l'ouverture externe du canal; toute la partie supérieure reste alors libre et forme une cavité séreuse prête pour une hernie ou un épanchement. Dans cette variété, qui est très rare, l'épanchement descend plus ou moins le long du canal inguinal et forme une tumeur transparente et réductible. C'est, si l'on adopte le nom donné par Chassaignac, l'hydrocèle péritonéo-funiculaire.

Je veux encore vous dire un mot de l'hydrocèle du sac herniaire, qui peut se produire aussi bien le long du canal inguinal que jusque dans le fond des bourses. L'hydrocèle est constituée par une cavité séreuse remplie de liquide, et tantôt l'intestin et l'épiploon sont absents et il n'y a pas de communication avec le péritoine, tantôt on trouve encore dans le sac un organe qui devrait être contenu dans la cavité abdominale. L'hydrocèle du sac herniaire ne descend pas jusqu'au fond du scrotum et il est facile de la reconnaître. Cependant le diagnostic avec l'hydrocèle péritonéo-funiculaire ou les kystes du cordon, peut être assez difficile.

Chez notre malade, il s'agit d'une hydrocèle simple de la tunique vaginale, bilobée, allant jusqu'à l'ouverture du canal inguinal et remontant donc un peu plus haut que dans les conditions habituelles.

Quelle est la nature de cette hydrocèle ?

Il y a deux grandes classes d'hydrocèles vaginales : les hydrocèles idiopathiques et les hydrocèles symptomatiques. Ces dernières sont des épanchements qui se produisent autour de la glande lorsqu'elle est atteinte de tuberculose ou de syphilis. Chez notre malade, il n'y a ni tuberculose, ni syphilis. Cependant je vous rappelle que j'ai constaté chez lui, du côté de l'épididyme, l'existence de petits noyaux d'induration dont, d'après quelques auteurs, l'importance serait très grande.

En effet, dans l'hydrocèle dite idiopathique, c'est-à-dire dont l'explication ne peut être trouvée, il s'agirait, d'après M. Panas, d'une orchi-épididymite chronique fréquente chez les vieillards et dont on trouve facilement les

traces. Dans presque toutes les hydrocèles idiopathiques, on constate après l'évacuation du liquide qu'il existe, comme chez notre malade, de petits noyaux durs, développés surtout dans l'épididyme. Le développement de ces petits noyaux se rattacherait à l'hypertrophie de la prostate et aux troubles congestifs du côté de l'urèthre postérieur qu'entraîne cette hypertrophie; de ces troubles congestifs résulterait le développement d'une inflammation chronique vers l'épididyme. L'examen de notre malade conduit à des constatations qui appuient cette théorie, car il a à la fois de l'orchi-épididymite et des troubles de la miction dépendant de l'hypertrophie de la prostate. Le toucher rectal montre, en effet, que la glande est augmentée de volume.

Du reste, les hydrocèles symptomatiques ont une marche très différente; le malade couché au n° 7 de la salle Trélat, par exemple, est atteint d'une double hydrocèle manifestement syphilitique contre laquelle le traitement spécifique a pu agir facilement.

L'existence de l'orchi-épididymite est-elle cause de la récidive de l'hydrocèle qu'a présentée notre malade ? Cela est possible. Cependant j'ai examiné beaucoup de vieillards avec des hydrocèles et, dans le plus grand nombre des cas, je n'ai pas vu la lésion qui nous occupe entraîner la récidive.

Un très grand nombre de méthodes de traitement ont été conseillées dans l'hydrocèle. Pour moi, c'est presque une absurdité de chercher un procédé différent de celui qui est en usage dans la plupart des cas. La ponction et l'injection iodée donnent, en effet, les meilleurs résultats, et l'opération radicale ou sanglante exige l'anesthésie qui n'offre pas d'avantages spéciaux. J'ai essayé tous les procédés opératoires et je les ai tous abandonnés pour revenir au procédé classique. Quant à la simple ponction faite dans un but palliatif, elle est dangereuse quand l'antisepsie n'est pas parfaite et l'on n'y doit recourir qu'une seule fois.

REVUE DES CLINIQUES

De la fièvre initiale des tuberculeux et de son traitement, par le professeur J. Grasset (1). — Messieurs, vous venez de voir évoluer au n° 1 de la salle des militaires un cas remarquable à divers égards : celui d'un malade entré pour une fièvre typhoïde dont la marche a été régulière, et chez lequel la tuberculose a suivi immédiatement. La question des rapports des deux maladies est diversement résolue, le diagnostic entre la fièvre typhoïde au début et la tuberculose aiguë n'est pas facile. Dans le cas présent nous avons pu supprimer la fièvre et mater ainsi cette poussée bacillaire. Nous trouvons là un bel exemple de la fièvre initiale des tuberculeux, fièvre insuffisamment étudiée, souvent mal comprise par beaucoup de médecins, et ce qui fait surtout l'intérêt de l'observation que je vous exposerai plus tard, c'est que nous pouvons établir le traitement de cette fièvre, traitement qui nous a donné des résultats remarquables et que je puis vous résumer dans ces trois mots : antipyrine, repos et air renouvelé. A ces titres divers, notre observation méritait de fixer l'attention.

Tout ce qui touche au début de la tuberculose offre un grand intérêt pour le clinicien; dans le début en effet, et dans le début seul, réside le salut du traitement, tant que nous ne saurons rien de la découverte de Koch; il faut attendre avec impartialité les révélations scientifiques de ce remède, qui apparaît avec des allures quelque peu bizarres de remède secret, et il serait imprudent de déclarer, comme Leyden vient de le faire à

(1) *Montpellier médical*, 1890, n° 12.

la Société de médecine interne de Berlin, « qu'il n'y a plus à s'occuper des divers problèmes de la thérapeutique de la tuberculose, en présence de l'ère nouvelle qui parait s'ouvrir pour cette thérapeutique depuis les communications de Koch au Congrès de Berlin. »

Actuellement, le salut des tuberculeux est dans le diagnostic précoce et le traitement actif des phases initiales de la tuberculose; c'est dans ces conditions que la curabilité est un fait vrai, plus répandu qu'on ne croit, et on peut dans beaucoup de cas, comme le dit Peter, « permettre au tuberculeux de survivre à ses tubercules. »

Nous étudierons quelque jour, dans leur ensemble, le diagnostic et le traitement des formes initiales de la tuberculose; je veux seulement aujourd'hui vous exposer, à propos de notre militaire, la fièvre initiale des tuberculeux et son traitement.

La fièvre, d'une manière générale, est toujours un élément important dans l'histoire d'un tuberculeux : on a établi, avec raison, une distinction entre les tuberculeux avec fièvre et les tuberculeux sans fièvre; cette distinction intéresse également le diagnostic, le pronostic et le traitement. La fièvre prouve l'actualité du processus autotoxique; elle permet de suivre la marche de la maladie, elle gêne pour l'alimentation, use les forces du malade; à toute espèce de titres, elle fait indication et doit donc être traitée, si c'est possible, à toutes les phases de la maladie. L'opinion des auteurs est unanime sur ce point. Jaccoud déclare avec raison que le médecin n'a « pas d'obligation plus impérieuse que celle de combattre sans relâche ce phénomène (la fièvre), encore bien qu'il soit purement symptomatique ». Et plus loin : « C'est cet élément (la fièvre), je pense, qui fournit la division la plus utile, la plus fructueuse au point de vue thérapeutique; c'est cet élément aussi que je vous recommande de prendre constamment pour guide dans votre appréciation pronostique. »

C'est l'idée déjà exprimée par Pidoux, quand il dit que la fièvre est « une partie considérable de la maladie, une de ses manifestations les plus importantes, la plus significative peut-être au point de vue de la prognose et des indications thérapeutiques ».

Vous trouverez la même manière de voir dans Hérard, Cornil et Hanot : « Quels que soient son caractère et son type, elle (la fièvre) doit être rigoureusement traitee, sous peine de voir le travail de dénutrition qui s'effectue, aboutir rapidement à la consomption. »

Ces citations, prises au hasard de recherches rapides, prouvent l'utilité et la nécessité de traiter la fièvre des tuberculeux, mais pour la traiter, il faut la bien connaître, et vous ne pouvez la bien connaître qu'en distinguant soigneusement les différentes espèces.

Il est difficile, à première vue, de classer toutes les variétés : l'absence de parallélisme entre la fièvre et les lésions anatomiques, la confusion au milieu des espèces ont découragé certains auteurs. Ainsi G. Sée insiste sur le nombre et la diversité des types, dit que l'on trouve la fièvre à toutes les phases de la maladie, que le plus souvent il est impossible de découvrir l'origine du mouvement fébrile, montre qu'il n'y a pas de rapport direct entre l'intensité de la fièvre et la lésion, ne tente pas de classification et conclut que « d'après ces considérations, on peut prévoir la difficulté et le désarroi du traitement ». De ce côté, la désespérance est complète; telle n'est pas ma manière de voir, car si certaines formes sont décourageantes, beaucoup d'autres, en revanche, nous permettent d'espérer.

La plupart des classiques, Hérard, Cornil et Hanot entre autres, distinguent avec raison deux espèces de fièvre : 1° la fièvre de granulations ou de tuberculisation, qui se rattache aux poussées granuleuses ou aux inflammations périgranuleuses; 2° la fièvre de résorption ou fièvre hectique, fièvre des époques avancées de la maladie, « qui résulte d'un véritable empoisonnement par les produits septiques accumulés dans les cavernes pulmonaires ».

Jaccoud subdivise un peu plus : outre la fièvre de granulations ou de tuberculisation et la fièvre de résorption, à laquelle il reconnaît la même origine, il admet deux autres sortes de fièvres : une fièvre d'inflammation, liée au développement de foyers pneumoniques ou broncho-pneumoniques, tuberculeux ou simples (vous en avez vu deux exemples dramatiques dans le service : chez ce civil emporté par une pneumonie tuberculeuse

au moment où il voulait sortir; et chez cette femme, entrée pour de la tuberculose cérébro-méningée et une caverne, qui a présenté en outre une pneumonie péricavitaire : cette sous-variété est donc justifiée); et une fièvre d'ulcérations ou d'excavation, liée au travail ulcératif plus ou moins rapide qui aboutit à la formation des cavernes.

Toutes ces divisions, bien utiles pour vous faire comprendre la variété spéciale que j'ai en vue aujourd'hui, ne doivent pas être multipliées. Nous maintiendrons la première forme, celle que l'on trouve dans toutes les maladies infectieuses, fièvre infectieuse primitive et la fièvre d'auto-infection ou de résorption, fièvre infectieuse secondaire, en ajoutant à côté les fièvres de complications qui ne font pas partie intégrante du tableau. Aujourd'hui, nous ne nous occuperons pas des fièvres d'inflammation, de résorption et d'ulcération ; nous aurons en vue seulement la fièvre bacillaire proprement dite, la fièvre initiale des tuberculeux, et encore ici faut-il faire de nouvelles distinctions. Il y a d'abord la phthisie granuleuse aiguë, la granulie d'Empis ; c'est le type bien connu d'une infection tuberculeuse généralisée, d'une maladie présentant le tableau d'une pyrexie, facile à confondre avec la fièvre typhoïde. La fièvre y occupe le premier rang; c'est bien une fièvre de granulation ou de tuberculisation nullement en rapport avec la profondeur des lésions pulmonaires, mais bien rapport avec l'étendue, la diffusion, la profondeur des lésion tuberculeuses que l'on trouve partout. Notre cas n'appartient pas à ce type très connu auquel toutefois il peut se rattacher; il appartient à un autre type beaucoup moins connu, pas assez étudié, dans lequel la fièvre joue encore le principal rôle, maladie à allure de pyrexie pouvant faire penser à une fièvre typhoïde, comme dans notre cas, mais où la lésion tuberculeuse était absolument réduite à quelques granulations au sommet d'un poumon, sous la clavicule droite.

Tous les auteurs ont constaté le défaut de parallélisme entre la fièvre et la lésion dans la tuberculose, mais dans aucun cas ce « paradoxe entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique » suivant l'expression de Landouzy, n'éclate comme ici. Ce sont ces cas de « fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë » de Landouzy que M. le professeur Kiener a analysés avec beaucoup de soin et dont vous trouverez une étude intéressante dans la thèse de Jeannel, faite dans le service de M. Kiener. La lésion tuberculeuse proprement dite est peu de chose, elle est encore discrète, difficile à trouver; la fièvre et l'état général occupent au contraire tout le tableau, et dans cette fièvre nous trouvons tous les degrés, depuis les cas très bénins jusqu'aux cas très graves.

Vous connaissez les idées reprises et développées avec beaucoup de talent par Kelsch et Kiener sur la série de degrés successifs et variés, cliniquement réalisables, unissant l'embarras gastrique à la fièvre typhoïde et faisant par leur ensemble une seule maladie. Eh bien! il se passe quelque chose d'analogue pour la fièvre tuberculeuse, où l'on peut observer une sériation de phénomènes très complexes : à une extrémité de l'échelle, nous trouvons la fièvre tuberculeuse complète, grave, correspondant à la fièvre typhoïde, tandis qu'à l'autre extrémité se voit ce que Hérard ,Cornil et Hanot appellent « phthisie aiguë à forme d'embarras gastrique ou de fièvre synoque (forme latente de Leudet, forme revêtant l'aspect d'une fièvre gastrique d'Empis), les deux extrémités étant reliées entre elles par une série ininterrompue de types intermédiaires plus ou moins longs, plus ou moins importants, au milieu desquels trouve place notre malade.

En d'autres termes, les fièvres continues, les pyrexies, forment une échelle variable depuis la synoque jusqu'à la prolongée de quatre semaines et plus, et ce groupe symptomatique entier est considéré comme appartenant au seul groupe de l'infection typhique ou dothiénentérique. Les recherches récentes dont je vous parle prouvent que ce même groupe symptomatique, cette même échelle de types sériés, peuvent appartenir à l'infection tuberculeuse. Le bacille de Koch, comme le bacille d'Eberth, peut créer un état infectieux général dans lequel la fièvre joue le principal rôle symptomatique et constituer une pyrexie dont les types s'échelonnent depuis l'embarras gastrique fébrile jusqu'à la fièvre typhoïde.

Dans ces fièvres, la lésion tuberculeuse est à peine indiquée, elle existe juste assez pour signer le diagnostic nosologique, quelquefois même elle manque ou plutôt elle échappe complètement à nos moyens d'investigation, et il faut alors l'histoire ultérieure de la maladie pour établir un diagnostic tardif. On voit, plus que vous ne croyez, des

gens qui ont des séries de fièvres typhoïdes, de fièvres muqueuses ou encore d'embarras gastriques fébriles à durée plus ou moins longue; la première atteinte est claire, la deuxième étonne, la troisième paraît extraordinaire, on s'y perd et on ne comprend pas jusqu'au jour où les signes physiques des lésions tuberculeuses viennent éclairer le diagnostic, souvent trop tard pour un traitement efficace.

C'est là, vous le voyez, un bien gros et bien intéressant chapitre de clinique diagnostique et thérapeutique, pas assez classique malgré son importance, et je vous montrerai que c'est évidemment à ce type, trop peu connu encore, de fièvre tuberculeuse initiale qu'appartient notre malade, dont je vais vous résumer maintenant l'histoire.

BIBLIOTHÈQUE

De la tuberculose chirurgicale; suites immédiates et éloignées de l'intervention. — Traitement pré et post-opératoire, par M. le docteur Paul Thiéry, prosecteur de la Faculté. Paris, Steinheil, 1890.

On n'a pas oublié l'intéressante discussion qui eut lieu au dernier Congrès français de chirurgie sur cette importante question. Pour la juger définitivement, autant qu'on peut le faire du moins aujourd'hui, M. Verneuil, qui, je crois, l'avait proposée au Congrès, demandait qu'on apportât des observations nouvelles, prises dans un but déterminé, et dont on aurait suivi assez longtemps les sujets pour qu'on pût connaître non seulement les suites immédiates, mais encore les suites éloignées des opérations pratiquées sur eux.

C'est justement pour répondre à ce desideratum que M. Thiéry a écrit sa volumineuse thèse, qui n'a pas moins de 600 pages. Ce n'est plus une thèse, du moins comme nous avons l'habitude de les voir, mais un travail de longue haleine qui a servi de prétexte à une thèse. En effet, M. Thiéry avait eu soin, au cours de ses quatre années d'internat, de recueillir les observations de tous les malades qu'il eut à soigner dans les services de MM. Humbert, Polaillon, Le Fort et Verneuil. Comme la quantité de tuberculeux qui passent dans les services de chirurgie est considérable, M. Thiéry n'eut pas de peine à rassembler un grand nombre de faits, à l'aide desquels il put écrire le plus important travail qui ait été publié jusqu'ici sur la tuberculose chirurgicale.

L'auteur y étudie successivement : la fréquence des tuberculoses chirurgicales; les questions de savoir : si l'on doit opérer les tuberculeux; si l'on doit considérer les tuberculoses chirurgicales comme des tuberculoses locales ou comme des manifestations locales d'une infection générale ; si la suppression des tuberculoses locales peut prévenir l'infection de l'organisme, et si l'on doit opérer les tuberculoses locales; — les *suites immédiates* des opérations, résultats favorables, nuls, mauvais (complications immédiates); — les causes qui expliquent l'influence variable de l'opération sur l'état général du malade; les causes qui font varier les résultats opératoires; — les suites éloignées des opérations, complications et résultats éloignés; les causes qui font varier les résultats thérapeutiques; le choix du mode opératoire dans chaque série de lésions et les résultats thérapeutiques obtenus dans chaque catégorie d'interventions.

Dans un dernier chapitre, M. Thiéry examine plusieurs questions annexes de la principale : la nécessité de diminuer les causes d'insuccès et de prévenir la récidive; l'action anti-tuberculeuse de l'iodoforme et de quelques autres antiseptiques (étude expérimentale); considérations cliniques sur la valeur anti-tuberculeuse de l'iodoforme; le traitement pré-opératoire local et général; la nécessité du traitement post-opératoire, démontrée par l'expérimentation et les faits cliniques, et de l'émigration des opérés à la campagne ou de leur séjour dans les stations maritimes.

Des conclusions et une longue bibliographie complètent ce travail, qui sera étudié avec fruit par tous ceux qu'intéresse la question toute d'actualité de la tuberculose chirurgicale. — L.-H. P.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Contribution à la pathologie et à la clinique du cancer du pancréas, par le docteur N. Musmeci. (In *Gazzetta degli ospitali*, nos 82 et 83.) — Il est souvent impossible de préciser nettement la dégénérescence cancéreuse du pancréas; cette altération particulière d'un organe entouré dans ses fonctions de tant de mystères, son voisinage avec l'estomac, le foie, les intestins, etc., rend toute précision diagnostique des plus difficiles; aussi nous ne saurions trop louer le travail de M. le docteur Musmeci, qui, sous le titre modeste de *Contribution à la pathologie du cancer du pancréas*, a fait une véritable monographie clinique de cette délicate question et, avec une grande netteté de vue, a pu tirer de cette étude les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic du cancer du pancréas, dans la majorité des cas, est difficile; il arrive fréquemment de le confondre avec un néoplasme des autres organes;

2° Le diagnostic par exclusion est la méthode de choix dans les maladies de cet organe en général et dans le carcinome en particulier;

3° L'ictère du début de la maladie, la présence d'une tumeur qui correspond par son siège au pancréas, les matières grasses dans les fèces et le sucre dans l'urine ont une valeur probatoire considérable dans le diagnostic de l'affection cancéreuse;

4° Le voisinage du pancréas avec les principaux organes abdominaux fait que la transmission de noyaux cancéreux d'un organe à un autre a lieu dans le plus grand nombre des cas et qu'il n'y a aucun moyen de reconnaître si l'altération a d'abord débuté par le pancréas ou par le foie, l'estomac et les autres viscères splanchniques.

Grave accident causé par l'instillation de chlorhydrate de cocaïne dans la caisse du tympan, par le docteur Ficano, directeur du Dispensaire pour les maladies d'oreilles, etc., à l'hôpital Saint-Saverio de Palerme. (In *Gazzetta degli ospitali.*) — Les accidents dus à l'absorption de la cocaïne par les différentes voies où ce médicament est introduit ne sont pas rares; ceux qui suivent de simples applications dermiques à doses non toxiques semblent dus à certaines idiosyncrasies difficilement explicables. Nous connaissions de ces faits pour les avoir observés ou lus, et, malgré la valeur de cet anesthésique, nous avons toujours quelques craintes lorsque nous devons nous en servir surtout dans les applications directes sur les muqueuses où l'absorption est si rapide. Les accidents de cette nature à la suite d'instillations dans la caisse du tympan sont très peu connus, le fait du docteur Ficano mérite donc une mention spéciale.

Une dame de 45 ans souffrait depuis quelque temps de bruits auriculaires devenus intolérables. Il y avait une otite sèche moyenne avec diminution de l'acuité auditive.

Traitement par les insufflations d'air d'après la méthode de Politzer, instillations de quelques gouttes de cocaïne à 5 p. 100 dans la caisse au moyen du cathéter; il y eut bientôt après du vertige et des nausées, des vomissements, des crampes, le besoin d'aller à la selle, l'impossibilité de se mouvoir, etc., etc., et cela pendant plusieurs heures, donnant ainsi l'exacte représentation du mal de mer que chacun connaît.

Y a-t-il eu empoisonnement véritable? C'est bien douteux avec une aussi faible dose, et pourtant ces troubles multiples en donnaient tous les symptômes. Doit-on admettre, avec l'auteur, une action ischémique sur la muqueuse de la caisse avec propagation à la circulation du labyrinthe, par conséquent exerçant une diminution dans l'afflux sanguin et produisant une modification dans la tension de l'oreille interne? Y a-t-il eu rétraction de la muqueuse de la caisse déterminant une compression du labyrinthe et agissant sur la fenêtre ovale? Enfin, la cocaïne, en modifiant la quantité de liquide de l'oreille interne, ne modifie-t-elle pas aussi la tension endo-labyrinthique?

Quoi qu'il en soit, il y eut déséquilibre dans le liquide de l'oreille interne et troubles graves consécutifs. Ce fait spécial avait besoin d'être connu des praticiens pour les mettre en garde contre l'usage immodéré de la cocaïne, dont l'utilité est incontestable dans bien des cas, mais dont on ne doit user qu'avec une grande prudence, et à doses très faibles.

La cure de la tuberculose selon la méthode de Koch. (In *Riforma medica*, nº 280, 5 décembre.) — Au commencement de ce mois, quatre malades placés dans la clinique de M. le professeur Bacelli, à Rome, ont été soumis au traitement du professeur berlinois.

Deux tuberculeux hommes, l'un typographe, l'autre vernisseur, reçoivent la lymphe. Deux femmes atteintes de lupus, également; jusqu'à ce jour, il n'y a rien eu de définitivement changé dans leur état; la réaction typique s'est manifestée sur chaque malade, comme on l'a observée partout; mas, jusqu'à ce jour, nos confrères n'ont encore enregistré aucune guérison absolument certaine, et la kochomanie du côté des Apennins nous paraît en voie de régression.

On a vraiment trop haut chanté les mérites de la nouvelle méthode; l'*ut* de poitrine ne se soutient pas si longtemps, les Italiens le savent bien. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Quinquaud, se portant candidat dans la section de physique et de chimie;

2° Une lettre de M. Tellier, proposant comme moyen de stériliser l'eau la cuisson à 150°;

3° Un mémoire de M. R. Dubois (de Lyon) sur une méthode nouvelle d'embaumement.

M. PÉAN fait une communication sur le *traitement des rétrécissements de la valvule iléo-cœcale*. Il crée, sans enlever une portion du tube intestinal, une dilatation à l'endroit où existe le rétrécissement inflammatoire. M. Péan fait l'opération de la manière suivante :

A quatre centimètres au-dessus du pli de l'aine, parallèlement au ligament de Fallope, il incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au-dessous de l'épine du pubis. Il sectionne les aponévroses et les muscles sur une étendue moindre, et ouvre le péritoine sur une longueur de 4 centimètres. On arrive sur le cœcum et sur la partie terminale de l'intestin grêle. Dès que la valvule est à découvert, on l'attire en dehors en même temps que les parties voisines du cœcum et de l'iléon, et on lie ces dernières au-dessus et au-dessous d'elle avec deux tubes en caoutchouc conduits à l'aide d'une pince à mors piquant à travers la portion mésentérique de l'intestin et du cœcum, à 8 centimètres de la valvule. Les extrémités libres sont fixées avec des pinces à bords mousses.

La paroi intestinale est ensuite incisée au niveau et de chaque côté de la valvule sur une longueur de 8 centimètres. On peut alors enlever les productions inflammatoires qui rétrécissent la valvule, puis on rapproche avec des pinces les deux extrémités de la plaie intestinale, de façon que l'iléale et la cœcale s'adossent. Par suite de ce rapprochement, l'incision de l'intestin, de longitudinale qu'elle était, prend la forme d'un losange, dont deux côtés sont représentés par les lèvres de l'intestin grêle, et les deux autres par celles du gros intestin, avant de devenir transversale. A ce moment, on suture l'une à l'autre les lèvres opposées de la plaie intestinale, de façon à en obtenir l'occlusion parfaite. La suture est faite à deux étages, au moyen d'anses très rapprochées. Les anses profondes sont en catgut; elles comprennent la muqueuse et la portion voisine de la musculeuse. Les superficielles, en soie phéniquée, comprennent la séreuse et la partie externe de la musculeuse. Ces anses sont nouées et coupées au ras. L'étage superficiel est serré de façon que les lèvres de l'intestin se renversent un peu en dedans en s'adossant à elles-mêmes.

La suture terminée, on retire les anses de caoutchouc et le sang, et les matières reprennent leur cours.

Il faut remarquer que les rétrécissements inflammatoires de la valvule sont fort rares, puisque M. Péan n'en a trouvé que cinq observations. Cependant, le procédé serait aussi applicable aux rétrécissements de l'intestin grêle et des côlons.

— M. Le Dentu lit trois observations d'*affections des voies biliaires.*

Dans le premier cas, il s'agit d'une cholécystotomie pour coliques hépatiques. On trouva un calcul dans le canal cystique et son extraction fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de bile. Après un spasme temporaire du cholédoque, la malade guérit parfaitement.

Dans le second cas, on hésitait entre un cancer des voies biliaires et une vésicule pleine de calculs. La laparotomie permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une lithiase. Le malade mourut en quelques jours, et l'autopsie montra qu'il y avait des noyaux carcinomateux dans le foie.

Enfin, dans le troisième cas, un malade présentant un ictère chronique avec phénomènes généraux inquiétants ne fut pas opéré. A l'autopsie, on trouva un cancer de la tête du pancréas. Dans les cas de ce genre, la cholécysto-entérostomie serait une bonne opération palliative.

Renouvellement partiel des commissions pour 1891. — *Epidémies* — MM. Leblanc et Cadet de Gassicourt.

Eaux minérales. — MM. Proust et Robin.

Remèdes secrets. — MM. Planchon et Lereboullet.

Vaccine. — MM. Terrier et Dieulafoy.

Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau et Budin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 décembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Ecchymoses et éruptions pemphigoïdes de nature hystérique. — Statistique des maladies traitées à la Charité en 1890 par les méthodes dérivées de l'hypnotisme.*

M. Raymond présente une malade qui, à la suite d'une crise de grande hystérie, fut atteinte d'éruptions pemphigoïdes et d'ecchymoses. Ces ecchymoses ont persisté depuis l'époque de leur apparition, il y a deux ans. L'éruption pemphigoïde siège sur un membre paralysé et anesthésique.

— M. Luys donne communication d'un résumé statistique des maladies qu'il a traitées cette année à la Charité par les méthodes thérapeutiques dérivées de l'hypnotisme, telles que la fascination, le transfert, les courants aimantés. Ce sont surtout des hystériques que M. Luys a soumis à de tels traitements. On trouve cependant dans sa statistique des paralysesi agitantes (M. Luys affirme en avoir guéri 3 sur 9), plusieurs cas d'épilepsie enfin des crampes des écrivains, des névralgies, des tremblements divers, des contractures, des paralysies, certains troubles psychiques dus au surmenage cérébral. Bien plus, des maladies du cœur, même des affections organiques, ont également bénéficié de ces méthodes. Dans tous les cas, les résultats ont été très satisfaisants chez les malades de M. Luys. Tous ne guérissaient pas, mais tous s'amélioraient; on peut compter, en effet, comme guéries à peu près la moitié des affections aiguës ou chroniques du système nerveux traitées par sa méthode, tandis que quelques cas seulement sont restés stationnaires.

Il faut aussi signaler les services que peut rendre la fascination dans le domaine obstétrical en supprimant les douleurs de l'accouchement.

De quelques nouvelles médications.

Sur le traitement de la diphthérie pharyngée, par le docteur Kuznecow.
(*Rev. hebd. de th.*, 1890, 40.)

M. Kuznecow communique une série d'observations tirées de sa pratique personnelle,

et ayant trait à des essais faits avec les principales médications préconisées contre la diphthérie du pharynx. La résorcine, le tannin, le sulfate de cuivre ne lui ont donné que de mauvais résultats. La solution de Soulez (acide phénique, 1 partie; camphre, 1 partie; huile d'olives, 4 parties) n'a produit de bons effets que lorsqu'elle était appliquée sur le siège du mal immédiatement après l'enlèvement des fausses membranes, les applications étant répétées jusqu'à six et huit fois par jour. Les meilleurs topiques sont, d'après l'auteur, l'huile de Mars additionnée de borax (dans de la glycérine) pour badigeonnages, l'eau de chaux en gargarisme, et surtout la mixture suivante :

Rec. Menthol	3 gr. 75
Alcool	q. s. pour dissoudre.

Ajouter :

Solution de naphtaline.
Essence de térébenthine.
Glycérine.

M. — Badigeonner les surfaces malades avec cette solution toutes les deux ou trois heures. Agiter le liquide avant de s'en servir.

A l'intérieur, on prescrira de l'antipyrine avec du sulfate de cuivre en suspension dans de l'eau de menthe. Gargarisme à l'eau de chaux. Au début du traitement, un purgatif. — P. N.

Thèses pour le doctorat en médecine présentées et soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant le mois de novembre 1890

Meyer (Jules) : Quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de la tuberculose? — Lejonne (Henri) : De l'influence du paludisme sur le développement des névroses. — Regnault (Emile) : De l'hémiplégie croisée de la face et des membres dans les lésions de la protubérance annulaire. — Despeignes (Victor) : Etude expérimentale sur les microbes des eaux de Lyon avec application à l'hygiène sanitaire de la ville de Lyon. — Vialle (Léonard-Jacques-Julien) : Du cancer primitif de la colonne vertébrale. — Raymonencq (Marius) : De la luxation du nerf cubital et en particulier mécanisme et traitement. — Guichon (Louis) : Recherches sur l'absorption sous-cutanée dans l'hémianesthésie hystérique. — Marotte (Auguste) : Etude sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'antisepsie intestinale, en particulier de l'emploi du naphtol A. — Moinet (Georges) : Etude sur la myélite syphilitique précoce. — Baumevielle (Pierre) : Du traitement des pleurésies purulentes métapneumoniques. — Saulay (Auguste) : Contribution à l'étude de l'ostéomalacie essentielle. — Nicolas (Jacques) : Sur une variété peu connue du rétrécissement pénien. — Tellier (Julien) : Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation. — Pic (Adrien) : Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées. — Perrelet (Louis) : Recherches cliniques sur la réaction électrique de l'appareil auditif.

FORMULAIRE

Fumigations contre l'ozène. — Moure.

Camphre	8 grammes.
Teinture d'iode	10 —
Iodure de potassium	2 —
Goudron	12 —
Alcool à 90°	100 —
Eau	200 —

F. s. a. — On chauffe cette solution au bain-marie, et on la fait humer, pendant une

ou deux minutes, aux personnes atteintes d'ozène, après qu'on leur a pratiqué des irrigations phéniquées ou autres. — N. G.

COURRIER

Revaccination obligatoire des étudiants en médecine. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a tenu samedi matin, sous la présidence de M. Berthelot, la deuxième réunion plénière de cette session. . . . .

Dans l'enseignement supérieur, en ce qui concerne la revaccination des étudiants en médecine, il a adopté le projet de règlement suivant :

Article premier. — Les aspirants aux grades de docteur en médecine et d'officier de santé ne sont admis à s'inscrire dans les Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou école.

Les Facultés et écoles détermineront les conditions de ce contrôle.

Art. 2. — Les étudiants actuellement en cours d'études ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat dont il s'agit.

— Le garde des sceaux vient de porter à la connaissance des procureurs généraux, les décisions suivantes du comité consultatif d'hygiène :

1° L'addition d'acide sulfurique au vin, quelle qu'en soit la proportion, est nuisible à la santé du consommateur;

2° Il importe de faire une distinction absolue entre le sulfate de potasse produit par le plâtrage et le sulfate de potasse produit par addition directe au vin d'acide sulfurique : ce dernier est constitué par du sulfate acide de potassium;

3° Il est possible de démontrer, par une analyse complète des sels du vin, que le sulfate de potasse provient de l'addition directe d'acide sulfurique au vin et non du plâtrage;

4° Le comité est d'avis qu'il y a lieu d'interdire, dès à présent, l'addition directe d'une quantité quelconque d'acide sulfurique au vin, ainsi que la circulation et la vente des vins ainsi falsifiés.

Il demeure entendu que les vins plâtrés continueront à jouir de la tolérance qui leur a été accordée jusqu'au 1er avril 1891. Mais il ne sera pas accordé de nouveau sursis, et à cette date les parquets devront tenir la main à l'application de la loi.

— Le *Journal de Saint-Pétersbourg* raconte que le docteur Chamberland, venu à Saint-Pétersbourg pour l'inauguration de l'Institut de médecine expérimentale, a fait une visite à l'Académie militaire de médecine. Quand le chef de l'Académie a présenté le docteur français aux étudiants, ces derniers ont répondu à la présentation par un tonnerre d'applaudissements. M. Chamberland a dit alors, en français : « C'est en qualité de disciple de Pasteur que j'accepte vos applaudissements, messieurs; je vous en remercie et je vous promets de les transmettre à leur adresse à mon retour en France. » Une nouvelle salve d'applaudissements a répondu à ces paroles.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'année 1890 est terminée, et avec elle la vogue, bien éphémère, après avoir été immense, d'une substance qui semblait destinée à rayer la tuberculose du cadre pathologique. Tomber si bas après avoir été porté si haut! Quel enseignement! Quelle leçon pour les hommes de science!

Aujourd'hui, toute la presse médicale est unanime dans ses appréciations et ses conclusions : la lymphe de Koch peut quelque chose contre le lupus; il ne faut pas l'employer chez tous les lupeux; elle ne peut rien contre la phthisie pulmonaire. Je crois avoir été le premier en France, à la lecture des premiers documents qui nous sont arrivés d'Allemagne, à soutenir cette manière de voir, alors que tout le monde s'enthousiasmait pour la nouvelle venue, et à essayer de modérer le courant qui portait les médecins de tous les pays vers Berlin; mes appréciations ont été sévères, mais n'ont jamais atteint l'amertume qu'on trouve maintenant dans la presse allemande contre celui qui paraissait semblable à un dieu il y a quelques semaines. On en veut à M. Koch en proportion de la désillusion, de la déception qui est survenue; c'est une gloire rentrée, changée en four;

FEUILLETON

CAUSERIE

Je vous souhaite, chers lecteurs, une bonne année et une parfaite santé, ainsi que la réalisation de tous vos désirs, fussent-ils d'une immodération aussi excessive que possible. Vous voyez que je suis gentil, n'est-ce pas? Voilà pour mes souhaits généraux, ceux qui rentrent dans la classe des banalités, bien que je vous prie de croire qu'au fond rien de ce que je vous souhaite là ne soit banal, c'est de tout cœur, pas moins. Mais permettez-moi de formuler quelques vœux particuliers, que vous approuverez, j'en suis sûr.

A tout seigneur tout honneur! A l'Institut Pasteur, je souhaite de trouver pour la guérison de la tuberculose mieux que la lymphe de Koch. Mieux, ce ne sera pas difficile, puisque, au point de vue de la guérison, la lymphe n'est pas beaucoup au-dessus de zéro. Je sais déjà, du reste, que l'on n'est pas trop mécontent, dans plusieurs de nos laboratoires, de ce qu'on a trouvé jusqu'alors, et que...., mais chut! Soyons discret. N'imitons pas nos voisins et ne vendons pas la peau de l'ours avant de l'avoir mis par terre, ou, si vous aimez mieux, la peau du microbe avant de l'avoir exterminé.

A M. Koch, nous souhaitons un entourage plus calme, plus froid, moins emballeur, plus allemand, si j'ose dire; ces messieurs ont agi dans tout cela avec une véritable

l'orgueil de nos voisins digèrera difficilement cette souris enfantée par une montagne; mais il faut cependant l'avaler.

La dernière leçon de M. le professeur Cornil, à l'hôpital Laënnec, a été un enterrement de première classe de la lymphe de Koch. Il n'y a plus qu'à suivre son conseil, à attendre les événements. Nous espérons qu'il s'en produira en France, dans la nouvelle année, quelques-uns d'une plus grande valeur que celui auquel nous venons de dire un dernier adieu.

L.-H. P.

Du souffle en arrière, comme signe de l'insuffisance mitrale.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 8 novembre 1890,

Par P. Duroziez.

L'insuffisance autochtone de la tricuspide, par lésion de la valvule, diffère comme pronostic de l'insuffisance par asystolie, par lésion de la mitrale. Il y a intérêt à savoir si le souffle appartient à la mitrale ou à la tricuspide. Le diagnostic peut être posé par la transmission ou la non-transmission du souffle en arrière. Le souffle mitral passe en arrière; le souffle de la tricuspide reste en avant. Cette loi est absolue. On doit refuser à la mitrale tout souffle qui reste en avant.

La transmission est due à la direction imprimée au souffle vers l'oreillette gauche placée en arrière. Le souffle par les veines pulmonaires se répand dans les poumons comme le bruit respiratoire.

Chez l'enfant, le souffle mitral passe en arrière avec une telle intensité que la non transmission acquiert plus d'importance.

Chez un garçon de 3 ans, un souffle étendu sur toute la surface du cœur passe en arrière. On entend le premier claquement à gauche. Rien au deuxième temps. Pas de cyanose; rien aux doigts. On a diagnostiqué une communication interauriculaire. Dans ces conditions, pouvons-nous admettre la communication, sans cyanose? La présence du souffle en arrière nous fait admettre l'insuffisance de la mitrale.

---

furia francese. Allons, du calme, messieurs, du calme! Nous lui souhaitons aussi le courage de résister à l'avenir à toutes les pressions gouvernementales, impériales ou autres, qui l'ont fait dévier de la ligne scientifique qu'il avait suivie jusqu'alors; de ne communiquer à personne, avant d'en être parfaitement sûr, les résultats de ses expériences, afin de ne pas faire dire au monde entier qu'il a pris des vessies pour des lanternes. S'il trouve maintenant un autre produit, qu'il s'arrange de façon à ce qu'on ne l'appelle plus la *Kochine* (ne prononcez pas *Coquine*, s'il vous plait).

A l'Académie de médecine, je souhaite (ce n'est pas la première fois, mais c'est une raison de plus pour le répéter, puisque mon vœu n'a pas encore été suivi d'effet) un local digne d'elle, capable d'abriter à la fois les honorables académiciens et les nombreux livres qui sont rangés pêle-mêle, on ne sait où et ailleurs encore. A ce propos, il me vient une idée, qui aura pour résultat de lui fournir l'argent qui lui manque pour s'agrandir ou se bâtir un autre local.

Je souhaite d'abord à l'Académie de faire une forte économie en supprimant les jetons de présence qui sont, si je ne m'abuse, de 5 francs par personne et par séance. Il est évident qu'aucun des académiciens n'a besoin de ces 5 francs, qui leur font au maximum 250 francs par an, et que chacun d'eux en fera volontiers le sacrifice. Or, je suppose que dans l'année il y ait en moyenne à chaque séance 50 membres, cela fera donc 250 $\times$ 50 = 12,500 francs d'économisés. Au contraire, infligez une amende de 10 francs à chaque membre de l'Académie qui manquera une séance. Sur 90 membres, il y a toujours au moins 30 absents, en moyenne; calculons : 30 $\times$ 50 séances $\times$ 10 fr. = 15,000 fr.

Chez un garçon de 7 ans, cyanosé, atteint de rétrécissement pulmonaire avec communication anormale congénitale, le souffle énorme en avant ne passe pas en arrière.

Chez une fille de 7 ans, atteinte de rétrécissement avec insuffisance mitrale et d'insuffisance aortique, le souffle passe en arrière.

Chez un garçon de 7 ans et demi, qui a eu deux rhumatismes articulaires aigus, le souffle passe en arrière. Nous admettons l'insuffisance mitrale.

Chez un garçon de 8 ans et demi, Legroux admet la communication interventriculaire sans cyanose; le souffle énorme ne passe pas en arrière. On note un léger pouls veineux dû probablement au passage du sang à travers une entaille de la tricuspide en contact avec le trou anormal. La mitrale est hors de cause. La communication anormale est contestée. Legroux a le droit de la maintenir.

Chez une fille de 10 ans et demi, qui a un rhumatisme des pieds et des poignets depuis cinq semaines, nous notons un souffle long, ne passant pas en arrière et ayant son maximum au niveau de l'artère pulmonaire. Nous pensons à un rétrécissement pulmonaire acquis, à moins d'admettre un souffle chlorotique. Le souffle passe dans les carotides et on entend les claquements à droite et à gauche.

Chez une fille de 11 ans, qui a eu un rhumatisme articulaire aigu, le souffle ne passe pas en arrière.

Chez un garçon de 11 ans, entré pour un rhumatisme, on note un pouls veineux présystolique fort et un souffle sciant à large surface dont la partie aiguë ne passe pas en arrière; mais le souffle passe. Insuffisance mitrale.

Chez un garçon de 12 ans, atteint de scarlatine et de rhumatisme articulaire aigu ensuite, le souffle passe en arrière. Insuffisance mitrale.

Chez un garçon de 12 ans et demi, souffle au premier et au deuxième temps à gauche. Le souffle du premier temps passe mal en arrière. Bruits chlorotiques considérables. Rhumatismes articulaires aigus à 10 et 11 ans. Nous admettons le rétrécissement de la mitrale avec souffle chlorotique.

Chez une fille de 12 ans et demi, qui a eu un rhumatisme articulaire aigu, atteinte d'insuffisance et de rétrécissement mitral avec insuffisance aortique, le souffle passe en arrière.

Chez un garçon de 13 ans, entré pour un rhumatisme, le ronflement constaté en avant à gauche passe en arrière.

Chez un garçon de 13 ans, qui ne nous indique pas d'antécédents rhumatismaux, nous

---

Or, 15,000 francs d'amendes ajoutés aux 12,500 francs d'économisés, cela fait 27,500 francs que le trésorier de l'Académie pourrait mettre de côté chaque année dans le but spécial de reconstruire le local de cette savante et intéressante institution.

J'ai encore mieux à proposer. Chaque membre de l'Académie, j'en suis sûr, désire de tout son cœur que ce local soit tout autre que ce qu'il est. Mais pour la grande majorité, les vœux sont platoniques; bien rares sont les académiciens qui lèguent quoi que ce soit au trésorier pour augmenter le fonds destiné à la construction du futur palais. J'en citerai bien un, Demarquay. Je crois que Mme veuve Laborie..... mais je n'en suis pas sûr. Pourquoi ne les oblige-t-on pas à songer à coucher l'Académie sur leur testament? Par exemple, quoi de plus facile de faire signer aux candidats aux places vacantes la déclaration suivante :

« Je, soussigné, sain de corps et d'esprit, autorise M. le trésorier de l'Académie à toucher sur ma succession, avant tout autre héritier, la somme de dix mille francs. »

Je suis convaincu, et vous aussi, n'est-ce pas, chers lecteurs, qu'aucun de ces messieurs n'hésitera à prendre cet engagement, qui sera religieusement tenu.

Reprenons alors nos calculs. Il meurt bien, bon an mal an, deux académiciens; soit 20,000 francs qui entreraient ainsi dans les caisses académiques; joints aux 27,500 de tout à l'heure, cela ferait 47,500. Voyez un peu où nous en serions si cette idée avait été mise à exécution, il y a vingt ans, lorsque toute la France s'est remise à travailler au lendemain de nos désastres? 27,500 × 20 = 550,000 francs qui, joints aux 100,000 francs légués par Demarquay, feraient aujourd'hui 650,000 francs, auxquels il faudrait joindre

constatons un souffle au premier temps qui passe en arrière et un roulement diastolique. Insuffisance et rétrécissement mitral.

Chez un garçon de 13 ans, atteint de rétrécissement et d'insuffisance mitrale avec insuffisance aortique, le souffle passe en arrière, excepté un jour où nous notons : pouls veineux; le souffle ne passe pas en arrière, comme si le reflux de droite avait dégagé les cavités gauches et diminué l'intensité du souffle à gauche.

Chez une fille de 13 ans et demi, rhumatisante, nous notons les signes du rétrécissement et de l'insuffisance mitrale avec insuffisance aortique. Le souffle passe en arrière.

Chez un garçon de 14 ans, on diagnostique une lésion congéniale. Il n'y a pas de cyanose. On entend un souffle vibrant au premier temps qui passe en arrière. Nous admettons une insuffisance mitrale comme chez notre garçon de 3 ans.

Chez un garçon de 14 ans et demi atteint de rétrécissement et d'insuffisance mitrale, le souffle ne passe pas entier en arrière; il est composé de deux parties : l'une passe, l'autre non. Il arrive parfois qu'un bruit sibilant ne laisse passer en arrière que la moitié soufflante, soit que le bruit complet ait deux origines, soit que la partie aiguë s'éteigne plus vite que le fond même du bruit.

Chez un garçon de 14 ans et demi, strumeux, aux genoux déformés et craquants, nous notons le pouls veineux systolique, du souffle aortique au deuxième temps, sternal, et du souffle au premier temps à la pointe. On entend, à gauche, le premier claquement. Nous admettons l'insuffisance tricuspidienne et rejetons l'insuffisance mitrale. L'insuffisance aortique est hors de doute.

Chez un garçon de 14 ans et demi qui a eu des rhumatismes articulaires aigus, nous notons : pouls veineux systolique, roulement au deuxième temps, souffle à la pointe ne passant pas en arrière. Nous diagnostiquons : rétrécissement mitral étroit, insuffisance aortique, insuffisance tricuspidienne.

Enfin, chez une fille de 12 ans qui a eu une embolie avec hémiplégie et aphasie, tout comme une adulte, nous notons un souffle qui passe longuement en arrière et diagnostiquons une insuffisance mitrale.

Ce n'est pas la seule insuffisance de la tricuspide qui est séparée de l'insuffisance mitrale par la non-transmission du souffle en arrière, mais aussi le rétrécissement pulmonaire et la chlorose dont les souffles ne passent pas. On est étonné du mutisme à l'arrière de ces souffles déchirant l'oreille à l'avant, quand ils ne sont pas dus à l'insuffisance mitrale.

---

les intérêts composés, qui feraient une jolie somme, au moins un capital total de 800,000 francs.

Quelle belle construction en pierres de taille on pourrait faire avec cela!

Et faute que cette idée me soit venue plus tôt, voilà vingt ans d'économies et 800,000 francs de perdus pour l'Académie. Mais il n'est jamais trop tard pour bien faire, et j'engage très vivement qui de droit à porter toute son attention sur cette excellente idée que je donne à l'Académie pour rien, en guise de cadeau de jour de l'an.

Je reprends la suite de mes souhaits.

A la Société de chirurgie et à la Société médicale des hôpitaux, je fais un souhait analogue au précédent : une réorganisation matérielle de fond en comble. Peut-être pas aussi radicale toutefois. Le local de ces deux Sociétés, qui leur est commun, leur plait, malgré son exiguïté; mais il faudrait l'approprier de manière à ranger les collections, les journaux, les livres qu'elles reçoivent. L'état actuel est navrant. A la Société de chirurgie, il y a encore un semblant d'ordre, bien superficiel toutefois faute de place. Les rayons de la bibliothèque sont pleins. Où mettre les livres? Partout ailleurs, comme à l'Académie. Quant à la Société médicale des hôpitaux, les journaux sont simplement déposés chaque semaine sur une table, dans un petit cabinet attenant à la salle des séances et, comme cela se renouvelle à chaque séance depuis une dizaine d'années, il en résulte..... un amoncellement informe de plusieurs mètres cubes de journaux en désordre.

Le signe éclate et a passé inaperçu. Le cœur doit être écouté jusque dans le dos, non pas uniquement dans le dos, comme nous le prêtait un de nos amis. Dans le dos se fait le diagnostic de l'insuffisance mitrale. Chez l'adulte, l'empressement du souffle mitral à passer en arrière est le même que chez l'enfant.

M..., 35 ans, camionneur, est un type de lésion de la tricuspide. Nous ne savons pas quel diagnostic a été porté dans le service. Il est atteint d'angiosclérose avec prédominance de la lésion des cavités droites et des veines. Le souffle ne passe jamais en arrière et s'avance cependant jusqu'à la pointe. On trouve le pouls veineux systolique, les claquements jugulaires et cruraux, le battement du foie, le ballonnement du ventre sans ascite, l'absence de l'albumine, de l'œdème. On entend au niveau des cavités droites un double bruit ou mouvement diastolique qui n'est pas le claquement dédoublé du rétrécissement mitral. On est frappé de la rapidité de l'affaissement diastolique de la jugulaire; on sent que le ventricule droit peut claquer par la rentrée subite et énergique du sang des veines caves. C'est plus difficile à comprendre pour le ventricule gauche.

D..., 37 ans, boucher, a eu une bronchite et les accidents cardiaques à la suite. Le souffle dont le maximum est à gauche ne passe pas en arrière. Ne devons-nous pas admettre la seule insuffisance de la tricuspide ?

P..., homme de 38 ans. La maladie est longue de dix ans. Le souffle ne passe pas en arrière. Pouls hépatique. Pas d'œdème.

L'œdème et l'ascite font défaut dans ces cas. L'ascite appartient à la femme.

G..., femme de 45 ans, malade depuis dix ans. Souffle piaulant à droite et à gauche, ne passant pas en arrière. Pouls inégal. Râles sous-crépitants. Foie gros.

On met l'insuffisance tricuspidienne sous la dépendance de la lésion du foie. Pourquoi le système veineux et les cavités droites ne seraient-ils pas pris d'abord? Tantôt les cavités droites et gauches sont atteintes ensemble, tantôt les cavités droites seules.

R..., 45 ans, modiste. Œdème. Ascite. Le souffle passe en arrière, faible. Le souffle est constitué en avant par la double insuffisance tricuspidienne et mitrale.

Et cependant on pourrait faire, avec tout ce qui est envoyé à ces deux savantes Sociétés, une bien belle et utile bibliothèque qui servirait au moins à leurs membres.

Il y a, après chaque élection, une petite scène curieuse qui ne manque jamais de se produire. A la séance suivante, le nouvel élu, proclamé *dignus intrare*, va visiter tous les coins et recoins de son nouveau domaine. Affriandé par les nombreux ouvrages qui garnissent les rayons de la bibliothèque, il s'informe des formalités à remplir pour en emprunter, — puis demande un volume d'un journal. « Il n'est pas relié. — Pourquoi ? Parce qu'il manque plusieurs numéros. — Pourquoi? Parce qu'ils ont été *empruntés* à leur arrivée dans la salle et qu'ils n'ont jamais reparu, et qu'on ne peut les remplacer. — Bien. » Il s'incline et en demande un autre, puis un autre....., et souvent il ne peut rien emporter. Il se le tient pour dit et ne remet plus jamais les pieds à la bibliothèque.

Que faire à cela? C'est bien simple. Augmenter le taux des cotisations et des amendes? Prendre un bibliothécaire commun et l'appointer convenablement; donner congé aux autres Sociétés qui tiennent leurs séances dans le même local, et leur reprendre les petites pièces dont elles font leur bibliothèque particulière. Garnir ces petites pièces de rayons et les mettre à la disposition du bibliothécaire, et je vous garantis que, avant deux ans, vous aurez une bibliothèque convenable... et utile.

Et de bibliothèque en bibliothèque, j'arrive à celle de la Faculté de médecine, à laquelle je souhaite un architecte qui puisse tirer parti du local (sans épithète, il m'en faudrait trop) qui est à sa disposition et qui est le cauchemar de tous ceux qui en ont la

Le pouls est souvent irrégulier, inégal.

F..., 46 ans, blanchisseuse. Le souffle ne passe pas en arrière.

Le souffle mitral a le rhumatisme articulaire aigu dans ses antécédents; le souffle tricuspidien, la bronchite.

Le dédoublement du deuxième bruit avec choc est fréquent dans l'insuffisance de la tricuspide.

B..., 48 ans, couturière. Le souffle ne passe pas en arrière. Ascite.

C..., 49 ans, charpentier. Le souffle ne passe pas en arrière. Le pouls est régulier. L'aorte est atteinte en même temps que les veines.

F..., 50 ans, camionneur. Les accidents cardiaques apparaissent à la suite d'une vive émotion. Le souffle ne passe pas en arrière; tout est dans les cavités droites. Les cavités droites sont plus émotives que les gauches.

M..., 56 ans, cuisinière Bronchite chronique. Le souffle ne passe pas en arrière.

R..., 57 ans, menuisier. Le souffle ne passe pas en arrière.

A..., 65 ans, boucher. Pouls veineux. Souffle en bas du sternum.

P..., 39 ans, employé, est mal portant depuis sept à huit ans, sans début subit; c'est du surmenage. Il a été ponctionné trois fois; la première fois, le 20 avril. Nous sommes au 22 août 1890. Les jambes sont sèches. Pas d'albumine. Ascite. Couleur olivâtre hépatique. Pouls veineux, systolique; jugulaires grosses. Souffle râpeux entre les deux claquements; pas de souffle en jet de vapeur; piaulement irrégulier à travers des bruits durs, mal timbrés. Bruit de galop. Tout cela sent la lésion de la tricuspide. On n'entend rien en arrière que des sous-crépitant à gauche, en bas. Le malade meurt le 28.

L'aorte est intacte. Symphyse cardiaque générale avec plaques crétacées. Poumons adhérents; le gauche a une carapace épaisse, c'est une tortue. Tissu pulmonaire sain, sans apoplexie, sans tubercules. Péritonite générale. Foie épais, ferme, non congestionné, fibreux. Rate grosse. Reins graveleux, semés de dépressions et de thromboses, sans matière à embolies dans le cœur. L'estomac est ecchymosé sur toute sa surface.

Le cœur est petit. Un peu d'épaisseur et d'inégalité de la petite lame mitrale. Un noyau caséeux au niveau de la coronaire droite en avant.

---

charge, depuis le doyen de la Faculté jusqu'au dernier des employés. Pas un de leurs rêves qui n'en soit troublé! Pas un, vous m'entendez.

En attendant que la Faculté ait ses laboratoires, ses amphithéâtres, son musée, sa bibliothèque, elle va s'offrir une petite compensation : elle va rétablir le mode de notation des examens au moyen des boules blanche, rouge, noire. Que de calembours ce système eût soulevés il y a quelques années! Aujourd'hui, la blanche et la noire ont disparu de notre horizon écolier; quant a la rouge, je ne sache pas qu'elle ait jamais existé, mais il est si facile d'inventer, quand on veut rire. Bref, nous allons voir reparaître les boules et les urnes, si M. le ministre le veut bien, car rien ne dit qu'au lieu d'accorder à la Faculté de médecine sa demande, conforme aux vieux us et coutumes qui existent encore à la Faculté de droit, il ne supprime dans celle-ci cette vieille mode, aussi vieille que le monde universitaire. Enfin, c'est toujours cela, en attendant mieux.

Aux médecins et chirurgiens du Bureau central, je souhaite de tout cœur, vous savez quoi, n'est-ce pas? Qu'on augmente leur nombre et qu'on nomme dans chaque service actuel de médecine et de chirurgie un assistant, qui, ayant le même titre, gagné au même concours, que le titulaire, pourra inspirer à l'administration de l'Assistance publique la confiance suffisante, et avoir assez d'autorité sur les élèves, pour qu'il puisse remplacer, le cas échéant, le titulaire sans qu'aucun conflit sérieux puisse s'élever.

Enfin je souhaite que l'*Union médicale* ait, à elle seule, autant d'abonnés que tous les autres journaux de médecine réunis. Peut-être allez-vous trouver ce souhait un peu égoïste; mais il est si naturel!

SIMPLISSIME.

Les lésions des séreuses ont prédominé; il faudrait admettre un rhumatisme viscéral n'ayant frappé au cœur que le péricarde.

L'autopsie ne donne plus le volume du cœur pendant la vie, ni les insuffisances.

Il nous serait facile d'accumuler les observations d'adultes où le souffle passait en arrière, accusant l'insuffisance mitrale.

Souvent on évoque le pouls mitral, qui n'existe pas au début de la lésion quand le muscle n'est pas surmené. Souffle de la pointe, pouls mitral, tracés sphygmographique, cardiographique, sont des signes trompeurs; le signe de l'insuffisance mitrale est la transmission dans le dos du souffle antérieur.

Si le pouls est purement mitral, il passe entier. Si le souffle est composé, la seule partie mitrale passe. Si le souffle ne doit rien à la mitrale, il ne passe pas.

REVUE DES CLINIQUES

Paralysie de la sixième paire avec paralysie du trijumeau d'origine nasale, par M. le professeur Panas (1). — Messieurs, le malade dont il s'agit, et qui est venu ce matin à la consultation externe, est, comme vous avez pu le voir, un grand jeune homme de 25 ans, pâle, assez maigre, d'apparence lymphatique. Comme antécédents héréditaires, nous trouvons que sa sœur jumelle, avec laquelle il a vécu longtemps, est morte tuberculeuse; rien d'autre à noter. Quant à lui, pas de maladie importante avant l'affection qui l'amène ici; aucune maladie vénérienne.

Il se présente avec tous les signes d'une paralysie du muscle droit externe de l'œil du côté droit. L'œil est en strabisme interne et ne peut être ramené, par un effort du malade, qu'au niveau de la ligne médiane de l'orbite. La paralysie est donc, en somme, totale. Elle pourrait être jugée incomplète si la pupille dépassait la ligne médiane, car le système des obliques, qui est abducteur, ne parvient pas à lui faire dépasser cette limite. Si l'œil ne pouvait se mouvoir jusqu'à la ligne médiane, c'est qu'il y aurait rétraction du droit interne antagoniste. Il faut toujours noter cette tendance à la rétraction, car elle indique pour la paralysie un autre processus pathogénique, et il faut faire intervenir ce facteur dans l'étude de la marche de la paralysie. La paralysie peut guérir, ou plutôt le muscle reprendre ses fonctions, sans que pour cela la déviation et la diplopie diminuent sensiblement. C'est qu'ici l'on a affaire à des strabismes par rétraction, qu'une opération seule peut détruire, la ténotomie du muscle antagoniste, et qui montre bien son importance au point de vue du pronostic de la maladie.

On ne peut encore, dans notre cas, prévoir ces phénomènes. La maladie ne date que de trois semaines. Elle a été précédée de symptômes particuliers. Le malade a eu, il y a deux mois, une éruption de zona thoracique du côté gauche. Depuis, il a eu, à plusieurs reprises, des crises de céphalalgie très intense qui tendaient à se localiser dans toute la partie droite et postérieure de la tête. Enfin, il se présente une anesthésie de la face, limitée à la partie droite. Elle se trouve sur les parties innervées par le trijumeau de ce côté. L'anesthésie a débuté par la moitié droite de la lèvre inférieure, les gencives et les dents de ce côté; le malade croit brisé en deux le verre qu'il porte à sa bouche. La partie supérieure de la face est moins atteinte; le front et la paupière supérieure, à droite, sentent encore légèrement. Enfin, si l'on fait ouvrir la bouche au malade, on constate que la moitié droite du voile du palais et de la langue est anesthésiée. Le pharynx a conservé sa sensibilité.

Il nous faut entrer plus profondément dans l'étude anatomique et physiologique de ces diverses localisations de la paralysie sensitive.

(1) *Progrès médical.*

Nous voyons d'abord que la branche inférieure du trijumeau droit est prise et même la plus fortement prise. Or, nous savons qu'elle se compose d'une branche motrice qui, ci, n'est pas malade, puisque les muscles masticateurs sont intacts et fonctionnent bien, et d'une branche sensitive. La branche sensitive traverse le ganglion de Gasser, tandis que la branche motrice passe au-dessous, sans y mêler ses fibres. Puisque, ici, la branche sensitive est seule prise, nous sommes obligés d'admettre que la lésion est située plus en arrière, et en dessus, que le trou ovale. Sans cela, les deux branches seraient lésées ensemble. La lésion porte donc sur un point où elles sont séparées, soit vers le ganglion de Gasser, soit beaucoup plus loin, vers les origines protubérantielles de la racine grise.

Le voile du palais est hémi-anesthésique; nous savons qu'il est innervé sensitivement par des filaments provenant du ganglion sphéno-palatin de Meckel, nerfs palatins, venant en dernière analyse du nerf maxillaire supérieur, qui, on le sait, est pris aussi.

La branche de Willis n'est pas complètement privée de sensibilité. D'abord, la cornée droite est bien sensible; les filets sensitifs qui lui arrivent, après avoir traversé le ganglion ophthalmique, sont donc indemnes. Quant aux branches de bifurcation du nerf nasal, elles sont fort diminuées dans leur pouvoir sensitif et, en particulier, l'aile du nez et le lobule, où s'épanouit le nerf naso-lobaire, sont insensibles. Nous avons vu que la peau du front et la paupière supérieure sont hypo-esthésiques. Les trois branches du trijumeau sont donc atteintes à des degrés divers : la sensibilité est abolie au point de vue du tact, de la douleur, de la chaleur et du froid. Ce sont là de vraies lésions localisées; elles n'ont pas les caractères de dissociation si fréquents dans les troubles hystériques. Le malade ne présente, du reste, aucun symptôme de ce genre.

Signalons, enfin, l'anosmie complète de la narine droite seule, puis de la surdité de l'oreille gauche. Les autres nerfs crâniens sont intacts. La troisième paire possède toutes ses fonctions iriennes et accommodatives.

Nous sommes donc en présence de lésions essentiellement localisées, indépendantes des noyaux centraux, ainsi que le prouve la non-participation des branches de l'oculo-moteur commun. La coexistence de la paralysie de la sixième paire avec l'anesthésie de la cinquième nous ramène nécessairement à admettre que la lésion doit se trouver au niveau de la base du crâne, au point où ces deux nerfs se rapprochent le plus, sur les côtés de la selle turcique, vers le sommet du rocher.

A quoi pouvons-nous avoir à faire ? Y a-t-il là un néoplasme ? Au niveau de la base du crâne on trouve, par ordre de fréquence, le sarcome, le syphilome, le tubercule; les autres productions localisées (anévrysmes, hydatides), sont rares et rien ne doit y faire penser ici.

Il nous faut d'abord écarter la syphilis dont nous ne trouvons aucune trace chez notre malade. Celui-ci n'est guère à l'âge du sarcome qui s'observe surtout avant la puberté. Devons-nous croire à du tubercule ? Il est possible dans notre cas. Les poumons ne présentent rien de suspect, il est vrai; mais la tuberculose de la sœur du malade et sa propre constitution donneraient quelques présomptions. Je dois vous dire que néanmoins, tel n'est pas le diagnostic que je porterais. En examinant à fond le malade, j'ai remarqué chez lui une affection des fosses nasales qui me paraît être l'origine première de tous les accidents. J'ai vu, dans ces dernières années, plusieurs malades de ce genre. Chez l'un d'eux, atteint d'un ozène des plus intenses, mort avec phénomènes de névrite optique et des troubles méningitiques très graves, nous trouvâmes à l'autopsie une carie du sphénoïde, provenant par continuité du tissu de l'affection des fosses nasales. Il a paru récemment, en Allemagne, quelques travaux spéciaux sur les ostéopériostites de la base, d'origine nasale, et leur retentissement sur les méninges. Récemment, j'observais un personnage étranger, atteint d'amblyopie, sans lésions ophthalmoscopiques. Cette absence de signes ophtalmoscopiques me fit soupçonner des troubles cérébraux à venir, dont je ne pouvais préciser la cause, étant donnée l'absence de syphilis et de toute autre diathèse. Trois mois après survinrent de l'hébêtement des maux de tête et de l'hémianopsie temporale, qui cédèrent à un traitement mercuriel intensif et à l'application d'un large vésicatoire en calotte au sommet de la tête. Seule l'amblyopie persiste encore. Après bien des recherches étiologiques du complexus morbide, je me suis arrêté, avec mon collègue

le professeur Bouchard, à l'idée d'une méningite de la base ayant eu pour point de départ un coryza chronique.

Dans le cas qui nous occupe, le malade est atteint d'ozène depuis des années. Il en a tous les signes, embarras de la respiration nasale, croûtes sanguinolentes, anosmie, œdème fétide caractéristique. Nous savons, de plus, qu'il a éprouvé à plusieurs reprises des maux de tête violents vers la région temporale à droite, et il a des phénomènes paralytiques et anesthésiques, que nous sommes conduits à localiser à la base du crâne, au voisinage du ganglion de Gasser et au point précis où le nerf de la sixième paire contourne le sommet du rocher. Il n'est pas jusqu'au zona, croisé comme toutes les lésions nerveuses, du tronc ou des membres, qui ne se rapporte à cette localisation nerveuse. L'anosmie est d'ordre local et tient à l'ozène plus marqué à droite qu'à gauche. De même, la surdité à gauche résulte du catarrhe de la trompe d'Eustache, complication commune des pharyngo-rhinites chroniques. Le fait que ce malade entend très bien le bruit d'une montre appliquée contre l'oreille et les os du crâne, exclut l'idée d'une lésion du nerf acoustique gauche.

En résumé, chez notre malade, l'origine des accidents résulte d'une phlegmasie infectieuse de la base, par propagation. La porte d'entrée est constituée par ses fosses nasales et particulièrement le sinus sphénoïdal droit, dont la topographie jointe à la minceur de ses parois osseuses suffit à expliquer la lésion. Que ferons-nous comme traitement? Localement, le malade prendra des douches nasales répétées, au siphon Weber avec un litre, matin et soir, de la solution boriquée concentrée. Nous ne lui donnerons pas d'abord le mercure, souvent si précieux comme résolutif, parce que son état général est trop faible et que ses dents sont mauvaises. Nous commencerons par les antiseptiques tels que l'iodoforme, à l'intérieur, à la dose de 40 centigrammes par jour, mêlée au double de poudre de café comme désodorisant, nous réservant d'agir par le mercure, sitôt que le malade pourra le supporter. On pourra alors agiter la question des révulsifs cutanés, appliqués principalement à la tête.

BIBLIOTHÈQUE

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme, par Sherwood Dunn, M. D. — Paris, O. Doin.

Une fistule artificielle à un des angles du trigone vésical, résultant de la kolpo-urétéro-cystotomie, donne une occasion d'étudier cliniquement une affection intéressant la vessie, les uretères et les reins, occasion qu'on ne peut avoir d'une autre manière.

Au moyen de cette fistule qui donne accès à la vessie, l'uretère et le bassinet, on peut irriguer le rein et enlever les accumulations de pus et d'urine décomposés. La dilatation graduelle de l'uretère empêche la contraction de ce canal. Le repos physiologique est obtenu par le drainage complet de la vessie, de l'uretère et du bassinet, si bien que toute inflammation s'arrête.

Cette opération est moins dangereuse que la néphrotomie ou la néphrectomie. Le drainage intra-vaginal empêche toute incontinence d'urine. La fistule est facile à fermer par la suture du docteur Bozeman, qui dérive de l'invention de la suture à clamp du docteur Simms. — P. Ch.

REVUE DES THÈSES

Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée, par Florentin Bourbon. — Paris, G. Masson, 1890.

Les expériences de MM. Laborde et Duquesnel montrent que l'aconitine est indiquée en thérapeutique chaque fois que la douleur est associée à la fluxion ou à une élévation

de température. Or, ainsi que l'a dit M. Tison, y a-t il une maladie où les deux symptômes hypéralgie et fluxion ou congestion soient aussi manifestes que dans l'érysipèle de la face? M. Bourbon nous donne, dans sa thèse, les résultats obtenus par M. Tison, à l'hôpital Saint-Joseph, par l'administration de l'aconitine. Il résulte des observations que l'aconitine : 1° abrège la durée de la maladie; 2° atténue considérablement la douleur.

On doit l'administrer à la dose de 1/10 de milligr. toutes les deux heures, et ne pas dépasser 1 milligr. en vingt-quatre heures. — P. N.

Recherches biologiques sur l'excrétion urinaire aux différents ages de la vie. — Etude de la toxicité urinaire, par le docteur Marius Bonal. — Montpellier et Paris, 1890.

I. *Urée.* — *A.* Dans l'étude de l'excrétion uréique, on doit considérer deux choses : la quantité absolue d'urée excrétée pendant les vingt-quatre heures, et la quantité d'urée excrétée par rapport à 1 kilogr. du poids. La dernière a une signification biologique plus importante que la première.

B. La quantité absolue de l'urée des vingt-quatre heures ne dépend pas uniquement de l'activité nutritive des cellules vivantes; elle dépend encore du nombre de ces cellules, c'est-à-dire du poids de l'organisme qu'elles composent. Le graphique représentant cette quantité absolue pour les différents âges de la vie forme une ligne d'abord ascendante, puis horizontale, et enfin descendante jusqu'au moment de la mort sénile et naturelle.

C. La quantité d'urée rapportée à 1 kilogr. du poids peut servir de mesure à l'intensité nutritive d'un organisme. Cette quantité, qu'on peut exprimer aussi sous forme de courbe, atteint d'emblée son maximum dès l'âge le plus jeune. Elle reste stationnaire un certain temps; ensuite, elle suit une progression décroissante jusqu'à l'extrême vieillesse.

II. *Acide phosphorique.* — *A.* Trois choses sont à considérer dans l'étude de l'excrétion de l'acide phosphorique : 1° l'acide phosphorique total; 2° le rapport de l'acide phosphorique total à l'urée, et 3° le rapport des phosphates alcalins et des phosphates terreux entre eux.

B. L'acide phosphorique total peut lui-même être considéré dans sa quantité absolue, ou dans sa quantité rapportée à 1 kilogr. du poids.

La quantité absolue d'acide phosphorique excrétée dans les vingt-quatre heures suit, comme l'urée, une marche parallèle au développement physique de l'individu.

La quantité d'acide phosphorique rapportée à 1 kilogr. du poids est maximum dans l'enfance, stationnaire dans l'âge adulte, et diminue dans la vieillesse.

Les courbes représentant l'excrétion phosphorique sont semblables aux courbes uréiques.

L'excrétion de l'acide phosphorique est intimement liée à la nutrition.

C. Le rapport entre l'acide phosphorique total et l'urée est minimum dans l'enfance; il augmente progressivement jusqu'à la dernière vieillesse.

Ce qui signifie, biologiquement parlant, que les enfants ont moins d'acide phosphorique qu'ils ne devraient en avoir, étant donnée une certaine intensité nutritive, intensité que l'on connaît par le chiffre de l'urée.

D. Les phosphates terreux sont légèrement diminués dans l'enfance; ils ne sont pas modifiés dans la vieillesse.

Donc, la diminution relative de l'acide phosphorique observée dans l'enfance a porté sur les phosphates terreux.

L'augmentation relative observée chez le vieillard a porté sur les deux sortes de phosphates.

III. *Toxicité urinaire.* — *A.* Dans l'étude des poisons urinaires, on doit rechercher la qualité et la quantité de ces poisons.

B. Examen quantitatif : Pour que cet examen soit complet, il faut déterminer la dose toxique et le coefficient urotoxique.

Chez les enfants au-dessous de 10 ans, la dose toxique est à peu près la même que chez l'adulte. Au-dessus de 10 ans, il n'y a absolument aucune différence.

Chez les vieillards, la dose toxique paraît être inférieure à celle de l'adulte; mais on ne saurait l'affirmer d'une façon absolue.

Les coefficients urotoxiques sont bien plus élevés chez les enfants que chez les adultes, et ils diminuent à mesure que l'enfant avance en âge. L'enfant élimine bien plus de poison urinaire que l'adulte.

Le coefficient urotoxique des vieillards a été à peu près le même que celui des adultes.

C. Examen qualitatif : Les urines des enfants, lorsqu'elles entraînent la mort de l'animal, produisent toujours de fortes attaques convulsives.

Les urines des vieillards, bien que produisant quelquefois ces mêmes attaques, jettent le plus souvent l'animal en résolution, et c'est dans cet état que la mort vient le surprendre. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Arthrite blennorrhagique, par R. Deutschmann. (*Annales d'oculistique*, 1890, t. 104, p. 83.) — Dans les manifestations qui se produisent au loin dans différents organes, pendant le cours de la blennorrhagie uréthrale, on a trouvé tantôt des gonococcus, tantôt des coccus pyogenes.

L'auteur a observé une ophthalmie blennorrhagique de nouveau-né avec inflammation d'un genou. Dans le liquide obtenu par ponction du genou existaient de nombreux gonococcus; pas de staphylococcus. Ce dernier semble donc pouvoir occasionner des inflammations d'articulations sans le secours de staphylococcus qui, conformément à nos idées très répandues, auraient pénétré dans le sang simultanément avec les gonococcus. — P. N.

De l'azoturie et de ses rapports avec l'élimination totale de l'azote dans la tuberculose pulmonaire, par le docteur A. Crickx. (*La Clinique*, 1890, n°s 36 et 37.) — L'auteur a fait ses analyses sur 23 malades tuberculeux à différents degrés et en déterminant le plus exactement possible la quantité d'aliments ingérés. M. Crickx a trouvé qu'en général la quantité de l'urée était diminuée et toutes ses moyennes sont au-dessous de 32 grammes. Il a constaté aussi qu'il y a entre l'azote total ingéré et l'azote éliminé une différence; cette différence est en faveur de l'azote éliminé dans la généralité des cas et doit rendre compte de la dénutrition de l'individu.

L'azoturie de la tuberculose avait déjà été constatée par Rommelaere et Condorelli Magnoni; malheureusement, ce dernier n'avait pas noté le régime de ses malades.

P. N.

FORMULAIRE

Lotion contre l'eczéma des fosses nasales. — Kaposi.

Chlorure de sodium pulv.	ââ 5 grammes.
Bicarbonate de soude pulv.	
Borate de soude pulv.	
Acide salicylique pulv.	

Mêlez. — On dissout dans un verre d'eau tiède une bonne pincée de cette poudre, et on emploie la solution au lavage des fosses nasales eczémateuses. — Pendant la nuit, on y introduit des tampons d'ouate, enduits d'une pommade de zinc à 10 p. 100. — N. G.

COURRIER

Concours de la médaille d'or (chirurgie). — Le concours des internes de troisième et quatrième année, pour la médaille d'or de chirurgie, s'est terminé samedi par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Legueu, interne à Necker.

Médaille d'argent : M. Arnould, interne à Necker.

Mention : M. Faure, interne à Necker.

— Par décret, en date du 30 décembre 1890, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Papillon, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Chauvel et Kelsch; — M. le médecin principal de deuxième classe Derazey; — MM. les médecins-majors de première classe Longet, Dubois et Dogny; — M. le pharmacien principal de première classe Parant.

M. Bernard, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Billot, Durand, Collin, Lippmann, Gigon, Dubujadoux, Duponchel, Daymard et Longuet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Descargues, Sommeillier, Troy, Lazare, Gross, Pozzo di Borgo et Janin.

M. Letassier, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

MM. Liermain, officier de santé à Carvin et Tournon, officier de santé à Istres.

Bordeaux. — *Réforme de l'agrégation.* — Le Conseil de la Faculté a discuté un rapport de M. Lagrange sur les réformes de l'agrégation, et les conclusions suivantes ont été adoptées :

1° En cas de vacance d'une chaire tous les titulaires de la même chaire dans les Facultés de médecine de France seront appelés à établir une liste de divers candidats, laquelle sera soumise à la Faculté intéressée.

2° La titularisation appartiendra toujours à la personne, jamais à la chaire.

3° Les agrégés pourront, après neuf ans d'exercice, être maintenus en fonctions à titre définitif, sur la proposition du Conseil de la Faculté.

4° Les agrégés seront pourvus de droit et selon leur désir des emplois vacants de professeur dans les écoles secondaires et les écoles de plein exercice, et pourront revenir par permutation dans une Faculté après avis de l'Ecole ou de la Faculté intéressée.

5° Les enseignements nouveaux sans exception, en dehors des enseignements faits par des titulaires, seront réservés aux agrégés.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait' physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

De l'acromégalie.

L'acromégalie, décrite pour la première fois par M. P. Marie en 1886, est une maladie caractérisée par « une hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques ».

Depuis qu'elle a été signalée, l'acromégalie a été l'objet d'un grand nombre de mémoires parmi lesquels nous signalerons ceux de MM. A. Broca, Erb, Freund, Guinon, Lombroso, Péchadre, Verstræten, et surtout le travail inaugural de M. Souza-Leite, qui va nous servir de guide.

I

L'étiologie de l'acromégalie est très mal fixée, ce qui tient probablement à ce qu'elle débute très lentement et que le moment précis où apparaissent les premiers phénomènes est impossible à préciser.

L'influence héréditaire ne joue aucun rôle, et la maladie, qui n'est jamais congénitale, a été rencontrée dans presque tous les pays. Elle est presque aussi fréquente chez l'homme que chez la femme, et débute habituellement dans l'adolescence ou dans les premières années de l'âge adulte.

Dans quelques observations, on a signalé, comme causes, les impressions morales dépressives, le refroidissement, le traumatisme ; dans certains cas, on trouve le rhumatisme, la goutte, la syphilis dans les antécédents. Peut-être la scarlatine, la fièvre intermittente pourraient-elles aussi jouer le rôle de causes prédisposantes.

En réalité, l'étiologie de l'acromégalie est encore à trouver.

II

Dès que l'on jette les yeux sur un acromégalique, on est frappé du volume anormal des extrémités, mains, pieds et tête, et de la déviation de la colonne vertébrale, principalement dans sa moitié supérieure. Ce sont là des symptômes sur lesquels il nous faut insister tout d'abord.

A. *Symptômes objectifs constants ou au moins très fréquents.* — Les mains et les doigts sont anormalement développés, et ce développement des extrémités contraste avec l'état à peu près normal des autres segments du membre thoracique.

La longueur des doigts est restée la même ou s'est à peine accrue. L'hypertrophie frappe tous les tissus et intéresse, dans leur épaisseur et leur largeur, les doigts et la main tout entière. C'est la « main camarde » ou la « main en battoir » (Marie).

La consistance des tissus est résistante et il est impossible de faire apparaître le godet de l'œdème. Chez quelques malades, la coloration des téguments paraît être un peu foncée.

Les plis interphalangiens sont très profonds et les bourrelets qu'ils séparent très saillants, « main capitonnée » (Péchadre). Les éminences thénar et hypothénar sont augmentées de volume, et les plis curvilignes de la paume de la main approfondis.

Les doigts ont des dimensions énormes et sont souvent un peu aplatis d'avant en arrière; presque aussi gros à leur extrémité qu'à leur base, ils rappellent la forme du « saucisson » (Marie). Les plis articulaires, ceux de la base des doigts, sont naturellement très profonds. On a vu le pouce avoir jusqu'à 120 millimètres de circonférence. Dans des cas peu fréquents, on a constaté le renflement en masse de l'extrémité digitale, l'existence du phénomène du doigt mort. Les ongles sont petits, aplatis, et présentent des sillons presque toujours longitudinaux.

Quelquefois les poignets ou même les avant-bras augmentent de volume.

Les pieds sont atteints comme les mains; gros, élargis, aplatis, camards. Ils gardent leur longueur normale ou à peu près, et présentent des bourrelets et des sillons profonds. Le plus généralement, l'hypertrophie s'arrête au cou-de-pied. Tous les tissus sont atteints et la consistance est assez ferme. Les éminences naturelles qui se trouvent au niveau du premier et du cinquième métatarsiens forment des bourrelets. La longueur des pieds, comme celle des mains, n'est pas d'accord avec la stature des malades. Les orteils ont des dimensions excessives; ils ne sont pas déformés, mais sont tellement volumineux et épais que l'on pourrait croire, selon l'expression de M. Souza-Leite, avoir affaire à un colosse. Quelquefois le gros orteil est extrêmement volumineux. Les ongles sont courts, aplatis, élargis et se retournent parfois de chaque côté, de manière à former des gouttières latérales. Enfin, on retrouve sur les pieds acromégaliques quelques-uns des caractères des pieds plats.

La tête des acromégaliques est augmentée de volume et il en résulte que les malades ont un aspect grotesque qui les fait reconnaître à première vue. Le crâne est peu atteint, et c'est surtout la face qui est déformée. Elle est allongée dans le sens vertical et ovalaire; les saillies orbitaires sont énormes, les apophyses orbitaires très saillantes. Quelquefois il y a de l'exophthalmie. M. Marie a noté, chez plusieurs de ses malades, une dépression de la partie antérieure de la région temporale, de telle sorte que la région frontale ressemble à celle de la vache. Les paupières sont allongées, épaissies et brunâtres.

Le volume du nez peut être considérable et il est accru dans toutes ses dimensions. Tantôt il est arrondi, épaté; tantôt retroussé. La sous-cloison peut doubler de volume.

Les pommettes sont saillantes et leur saillie, de même que celle des autres os de la face, tient à la dilatation des sinus.

Les lèvres sont plus grosses, mais c'est surtout la lèvre inférieure qui est hypertrophiée, proéminente, pendante, comme une véritable lippe. Assez fréquemment la bouche reste ouverte et permet de voir une langue très augmentée en épaisseur et en largeur. Quelquefois l'organe pend en dehors de la cavité buccale. Il suit de cette hypertrophie linguale que la déglutition, l'articulation de la plupart des mots, sont très gênées.

La voûte palatine et le voile du palais ont augmenté d'étendue dans le

sens antéro-postérieur; les amygdales et les piliers peuvent être hypertrophiés et crevassés, la luette allongée et grossie.

Le menton est gros, massif et constitue une saillie dirigée en bas et en avant.

Le maxillaire supérieur est peu modifié, mais le maxillaire inférieur est très hypertrophié. L'angle de la mâchoire devient légèrement obtus et il en résulte un prognathisme maxillaire qui est quelquefois très marqué. Les dents inférieures s'écartent les unes des autres et l'arcade dentaire inférieure dépasse la supérieure de 6, 8, 12 millimètres. Il résulte de ces déformations de la gêne de la mastication. Un malade d'Ellenwood remarqua un jour que sa mâchoire inférieure s'avançait au-delà de la supérieure et augmentait graduellement; ne pouvant plus réaliser la mastication, il se fit arracher les dents inférieures qui furent remplacées par un dentier; bientôt il fallut en ajouter un deuxième et, comme la mâchoire inférieure continuait à s'allonger, il se fit extraire les dents supérieures qui furent remplacées par une plaque artificielle. Celle-ci avançait un peu plus que le rebord du maxillaire, afin de pouvoir correspondre au dentier inférieur. Cependant la difformité fit de nouveau progrès et la distance séparant les dents inférieures des supérieures atteignit 22 millimètres.

Il faut encore signaler l'augmentation de volume des oreilles.

Le crâne est un peu accru dans son diamètre antéro-postérieur, ce qui tient à la dilatation des sinus frontaux. Quelquefois il y a des crêtes osseuses au niveau des sutures ou une saillie de la protubérance occipitale externe.

La déviation du rachis existe dans tous les cas. Il y a une cyphose plus ou moins marquée. Le dos est rond et la tête semble s'enfoncer entre les deux épaules. Souvent aussi, il y a une scoliose à concavité, tantôt droite, tantôt gauche, ou un certain degré de lordose.

Le thorax est hypertrophié, projeté en avant et aplati latéralement. Le sternum est élargi, épaissi, parfois un peu allongé; les clavicules sont grosses et leurs extrémités élargies; les côtes, plus épaisses et plus larges, arrivent quelquefois à s'imbriquer en avant. Les cartilages costaux sont ossifiés.

La respiration de l'acromégalique se fait par la partie inférieure du thorax, elle est thoracique inférieure et abdominale.

Toutes ces altérations se produisent d'une manière lente et progressive, le plus généralement lorsque les extrémités sont déjà atteintes. De leur ensemble résulte un aspect difforme et grotesque tout spécial, l'aspect de Polichinelle (Marie).

B. *Symptômes objectifs inconstants, secondaires.* — Le cou est souvent très gros, et cette augmentation de volume est due à l'hypertrophie des tissus cervicaux. Quand au corps thyroïde, il est diminué chez la plupart des malades; quelquefois il est normal ou même hypertrophié.

Le larynx est augmenté de volume chez l'homme et chez la femme. Chez cette dernière, le bord antérieur du cartilage thyroïde devient aussi saillant que chez l'homme, de telle sorte qu'il semble que l'on a devant soi « un larynx masculin » (Verstraeten). La voix devient plus forte, plus rude, plus grave.

L'abdomen est plus ou moins volumineux, pendant, même si le sujet n'est pas obèse; la peau de la région abdominale et son tissu cellulo-adipeux sont souvent très épaissis et présentent de profonds sillons transversaux.

Assez fréquemment le bassin est élargi, les os iliaques épaissis; le détroit inférieur peut se rétrécir, le mont de Vénus est saillant en avant et en haut.

Du côté des organes sexuels, on a noté, chez la femme, l'augmentation de volume des grandes et des petites lèvres, du clitoris ; le vagin est profond et large, et l'utérus petit et élevé. Chez l'homme, la verge est plus grosse, les bourses et les testicules tantôt atrophiés, tantôt hypertrophiés. Le canal de l'urèthre peut augmenter de volume et dessiner des sinuosités.

Les muscles des membres ont été vus, soit hypertrophiés, soit atrophiés. L'atrophie est la règle et en général les malades se fatiguent vite et tâchent de ne pas faire d'efforts. Erb a vu l'excitabilité électro-musculaire augmentée.

On a noté, dans quelques cas, l'augmentation du volume des articulations du genou, du poignet, du cou-de-pied. Les rotules s'épaississent parfois et les genoux présentent des craquements. Les os longs des membres ne se modifient que fort peu. Les réflexes sont conservés, quelquefois diminués.

Le cœur est souvent augmenté de volume et les artères fréquemment rigides, comme au début de l'athérome. Des dilatations variqueuses des veines se voient dans beaucoup de cas et se rencontrent surtout aux mains, aux jambes et au rectum.

On a rencontré, dans des cas rares, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, celle des glandes sous-maxillaires et parotides.

La majorité des malades présente une augmentation de la transpiration ; chez les femmes, les sueurs sont surtout abondantes une fois que la menstruation est supprimée.

Quelquefois il y a de la polyurie qui peut devenir énorme; dans quelques cas, il s'y joint de la glycosurie ou de la peptonurie.

Dans quelques observations, on trouve signalées l'anesthésie ou l'analgésie, l'impressionnabilité au froid.

Les phénomènes dentaires sont peu marqués. On a noté la coloration plus marquée des extrémités, la teinte olivâtre générale, l'épaississement de la peau qui devient sèche et grasse et dessine de gros plis. Le molluscum pendulum se rencontre chez tous les malades et, d'après M. Marie, il s'agirait peut-être là d'un phénomène propre à l'acromégalie et dépendant des troubles de nutrition qu'elle entraîne du côté de la peau.

C. *Symptômes subjectifs constants fondamentaux.* — La céphalalgie est le plus fréquent de ces symptômes et les malades s'en plaignent souvent avec insistance. Tantôt le mal de tête, très intense, ne présente que des rémittences, tantôt il est réellement intermittent. Le crâne tout entier peut être le siège de la douleur ; plus souvent elle occupe une partie limitée de la calotte cranienne, région occipitale et partie voisine de la nuque surtout. Chez certains sujets, elle s'exaspère pendant la nuit.

Souvent les malades se plaignent de douleurs dans la continuité des membres, dans les os ou les jointures, ces douleurs spontanées ou facilement provoquées ne sont pas habituellement continues.

M. Marie a insisté sur l'importance des troubles de la menstruation. La suppression des règles peut être un des premiers symptômes de l'acromégalie; elle commence par être temporaire, pour devenir ensuite définitive. Dans les deux sexes, il y a diminution de l'appétit génital.

La vue est affaiblie et cet affaiblissement peut aller jusqu'à la cécité complète dans les périodes avancées de la maladie. Les altérations anato-

miques vont de la simple congestion à la névro-rétinite confirmée. Chez quelques malades, on a noté des douleurs dans l'intérieur ou autour des yeux, du myosis, de l'hypermétropie, l'hémianopsie temporale.

L'appétit des malades est assez vif, et quelquefois la soif est exagérée.

D. *Symptômes subjectifs inconstants et symptômes généraux.* — Nous ne ferons que mentionner la diminution de l'ouïe, une anosmie légère, des palpitations de cœur, des douleurs intra-abdominales.

Chez beaucoup de malades, il y a de la faiblesse générale et de l'inaptitude au travail, le caractère s'aigrit et la tendance à la mélancolie s'accentue peu à peu.

Les fonctions intellectuelles restent à peu près normales.

Marche, durée, terminaison. — M. Souza-Leite a réuni 38 cas d'acromégalie. Quatorze fois le début s'est fait entre 14 et 30 ans; dix fois la maladie ne s'est montrée qu'à partir de 30 ans. Chez un malade de Erb, les premiers symptômes se sont montrés à 48 ans. D'une manière générale, le maximum de fréquence, comme l'a dit Guinon, tombe entre 20 et 24 ans.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, aucun symptôme n'attire particulièrement, au début, l'attention du malade. Cependant, l'aménorrhée, chez la femme, indique facilement le moment où l'acromégalie a commencé à se développer.

Quelquefois la faiblesse et la perte des forces sont tellement accusées au début, que la maladie semble d'abord avoir des allures aiguës.

Une fois l'acromégalie constituée, elle procède souvent par poussées suivies de rémissions. Malgré ces dernières, l'aggravation se fait peu à peu et, fatalement, les diverses déformations se produisent.

L'affection dure dix, vingt, trente ans et plus. A la fin, une véritable cachexie peut survenir. « La peau devient très flaccide, jaunâtre, brunâtre; elle perd son élasticité, devient très ridée et écailleuse; les chairs sont molles, émaciées; les malades ayant toute la figure déformée, les mains excessivement grosses et pesantes, ayant un aspect hideux, se confinent au lit avec l'immobilité de la cire, inertes. Les acromégaliques finissent par succomber aux progrès constants d'une maladie longue et inexorable, par syncope et probablement par compression cérébrale (compression de bas en haut par le corps pituitaire). »

En fait, le pronostic de la maladie est fatal et on ne l'a jamais vue rétrocéder.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

REVUE DES CLINIQUES

L'œdème bleu des hystériques, par M. le Prof[r] J.-M. Charcot (1). — Sydenham a le premier attiré l'attention sur une espèce d'enflure qui est quelquefois causée par l'hystérie. Il n'a, du reste, vu que l'œdème blanc et note, d'une part, que cet œdème est dur et que la pression du doigt n'y laisse pas de godet, et, d'autre part, que contrairement à ce qui se passe dans l'anasarque il peut être unilatéral, lorsqu'il siège aux membres inférieurs par exemple.

Depuis Sydenham, les quelques auteurs qui ont parlé de l'œdème des hystériques n'ont signalé que l'*œdème blanc.* Il existe cependant une autre forme d'œdème qui,

(1) Résumé d'après le *Progrès médical.*

comme celui de Sydenham, est représenté par une tuméfaction ne cédant pas à la pression du doigt, mais qui en diffère par deux caractères essentiels, à savoir : 1° un abaissement de la température locale qui peut aller jusqu'à deux, trois, quatre et même cinq degrés centigrades; 2° une coloration bleu violacé, quelquefois très foncée, quelquefois simplement lilas, des téguments, d'où la dénomination d'œdème bleu proposée par M. Charcot. Cette forme d'œdème névropathique n'est, du reste, qu'une variété de l'œdème hystérique déjà connu.

Voici, comme exemple, un des cas présentés par M. Charcot : Mlle Marguerite F... âgée de 22 ans, présente au niveau des doigts, du dos de la main et du poignet, une tuméfaction dure sur laquelle la pression du doigt ne laisse aucune impression; de plus toutes ces parties présentent une coloration bleue parsemée de petites taches et de marbrures rouges et violacées qui fait un contraste frappant avec le côté opposé. Enfin il existe un refroidissement notable de la main malade, perceptible par le simple toucher, et qui est rendu encore plus manifeste par la recherche de la température locale de la peau en cet endroit. Celle de la main gauche (côté sain) s'élève à 28°,5, tandis que celle de la main droite (côté malade) n'atteint que 24°3. Il faut, en outre, remarquer l'attitude vicieuse de la main et des doigts du côté droit qui est due à une contracture de ces parties.

Héréditairement et par les symptômes divers qu'elle présente, la malade est nettement une hystérique. Le début des accidents œdémateux a eu lieu brusquement. Sans cause aucune, sans émotion ni contrariété, sans traumatisme, la malade est tenue éveillée toute une nuit par des douleurs vives dans le bras, l'avaut-bras et les jointures des mains et des poignets. Le lendemain, quaud elle se lève, elle remarque que sa main et son poignet sont le siège d'un gonflement douloureux sans coloration spéciale. La maiu était notablement froide. C'est le troisième jour seulement que celle-ci devint violette, presque noire. Il n'y avait à ce moment, les souvenirs de la malade sont précis à ce sujet, ni anesthésie, ni raideur.

On appela un médecin. Celui-ci aurait fait le diagnostic d'arthrite nerveuse et essayé dès le début le salicylate de soude et l'antipyrine. Mais tout cela ne produit point d'effet, les douleurs et le gonflement persistent et enfin au bout de quinze jours, malgré le diagnostic porté, le médecin place la main et le poignet dans un appareil plâtré, qu'il laisse en place pendant deux mois. Une fenêtre est pratiquée dans l'appareil au niveau de la face dorsale, afin d'appliquer des pointes de feu de temps en temps sur le dos de la main et du poignet. Lorsque ces pointes de feu furent appliquées, la malade ne les sentit pas, elle n'éprouva aucune douleur, ce qui montre bien qu'il y avait, tout au moins, de l'analgésie à cette époque. Néanmoins, la peur de souffrir, la vue du fer rouge provoquaient, à chaque nouvelle application, une attaque nouvelle.

Deux mois après, on enlève l'appareil plâtré. La main avait conservé sa coloration violacée; le gonflement persistait ainsi que le refroidissement de la région malade. Mais un phénomène nouveau avait apparu : les doigts, la main et le poignet étaient contracturés dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension, et, au moment où M. Charcot présentait la malade à ses élèves, les choses n'étaient pas changées. Voici, en effet, sa description : « La main est en pronation et la supination est impossible sans faire exécuter un mouvement de rotation à l'humérus. Les doigts, demi-fléchis, sont accolés entre eux et reviennent à leur place comme mus par un ressort lorsqu'on les écarte les uns des autres. La paume de la main est creusée en gouttière. Le poignet est également immobilisé et tout mouvement spontané est impossible. De plus, il existe une anesthésie pour tous les modes de la sensibilité remontant sur le bras jusqu'aux environs de l'articulation scapulo-humérale et se limitant là par une ligne circulaire caractéristique. »

L'œdème bleu est simplement un trouble vaso-moteur de nature vraisemblablement spasmodique pouvant aller jusqu'à l'infiltration véritable des parties qui en sont atteintes, quelquefois isolé, mais fréquemment aussi mêlé à d'autres symptômes d'hystérie locale, tels que l'anesthésie, la paralysie ou la contracture. Dans ce dernier cas, l'œdème bleu marche de pair avec les autres phénomènes ocaux et disparaît comme il

est apparu, avec eux. Cette guérison peut se produire soit spontanément, soit par les efforts du médecin.

L'œdème bleu peut s'observer chez l'homme, comme tous les autres phénomènes de l'hystérie.

Il est quelquefois difficile de le distinguer d'un trouble trophique analogue survenant dans la syringomyélie; dans ce dernier cas, l'œdème est indolent, accompagné d'une teinte violacée rougeâtre plus ou moins foncée des téguments avec abaissement de la température. L'œdème bleu présente encore certaines relations avec l'asphyxie symétrique des extrémités décrite par M. Raynaud. Mais le siège de cette dernière est au niveau du nez, des oreilles et des doigts; elle est toujours symétrique, ce que l'on n'a jamais rencontré dans l'œdème bleu des hystériques. De plus, la maladie de Raynaud procède d'une façon progressive et non subite, toujours la même. Les phénomènes de syncope locale surviennent d'abord, puis l'asphyxie locale symétrique, et enfin la mortification des parties. Ce dernier accident ne se produit jamais dans l'œdème bleu.

Il est extrêmement intéressant de savoir que l'on peut reproduire artificiellement l'œdème bleu avec tous ses caractères en suggestionnant certaines hystériques après les avoir placées dans la période somnambulique du grand hypnotisme. Du reste, ce qu'une suggestion a fait, une autre suggestion peut le défaire et, en dix à quinze minutes, la main redevient blanche comme celle du côté opposé.

L'œdème bleu, par lui-même, ne donne lieu à aucune indication spéciale; il disparaît, en général, avec les phénomènes locaux vulgaires, contracture, paralysie, qui l'accompagnent, et c'est surtout sur ces derniers que les efforts thérapeutiques doivent porter.

REVUE DES JOURNAUX

Deux cas d'hémianopsie suivis d'autopsie, par Doyne et Anderson. (*Annales d'oculistique*, t. 104, p. 68.) — Dans le premier cas, le malade eut une attaque subite d'hémianopsie droite, qui disparut en quinze jours; il y eut perte subséquente du quart des champs visuels des deux côtés à gauche. La mort étant survenue par apoplexie cérébrale, on trouva des foyers symétriques de ramollissement dans la partie corticale des lobes occipitaux.

Dans l'observation d'Anderson, il y avait, avec d'autres symptômes cérébraux, une hémianopsie homonyme droite avec un rétrécisssement de la moitié gauche du champ visuel droit. Les symptômes s'amendaient sous l'influence du mercure et de l'iode, lorsque survint une attaque transitoire d'hémiplégie gauche. Les quarts inférieurs droits des champs visuels se perdirent de nouveau et le malade mourut en démence quatre mois plus tard. A l'autopsie, on trouva un caillot de sang récent dans la corne postérieure du ventricule latéral gauche, des hémorrhagies et du ramollissement dans le tissu circonvoisin externe; le gyrus angulaire était complètement envahi par du tissu gliomateux.

Les variations de la vision dans les deux cas doivent s'expliquer, d'après MM. Stephen Mackensie et Lang, par des variations de la pression exercée par les foyers hémorrhagiques sur les parties voisines. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 décembre 1890. — Présidence de M. Heurteloup.

Sommaire : Néphrectomie pour plaie du rein par coup de couteau. — Luxation du genou en dehors. — Récidive des kystes de l'ovaire.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation envoyée par M. Villeneuve etinti

tulée : *Plaie du rein par coup de couteau; néphrectomie; guérison.* Un marin, âgé de 17 ans, avait reçu un coup de couteau un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La blessure avait 3 centimètres de longueur. Une fois le blessé apporté à l'hôpital, on fit un lavage antiseptique et on obtura la plaie avec du collodion. Il y eut d'abord du sang dans les urines, puis bientôt du pus. A ce moment, l'état général s'aggrava, la température monta à 40°,5.

M. Villeneuve se décida à opérer. Il fit une grande incision postérieure qui le conduisit sur une collection profonde et fétide, dans laquelle se trouvaient des lambeaux de tissu cellulaire sphacelé. Le rein baignait dans le pus. On put sentir à la surface de la glande un sillon produit sans doute par le coup de couteau. Le foyer fut gratté, lavé et on appliqua un pansement antiseptique.

Une suppuration fétide continua les jours suivants et le malade présenta des phénomènes septiques évidents qui résistèrent aux soins antiseptiques les plus réguliers.

Dans ces conditions, M. Villeneuve résolut de faire la néphrectomie. Il traça une incision en T à l'aide d'une nouvelle incision parallèle aux côtes et, partant de la première, réséqua les deux dernières côtes et parvint à pédiculiser le rein qu'il dut extraire en morceaux. La plaie fut laissée ouverte. Les jours suivants, les urines augmentèrent d'abondance, devinrent de moins en moins purulentes, et le malade finit par sortir complètement guéri.

Le sillon rénal dépendait, comme on l'avait supposé, du coup de couteau. Pour M. Villeneuve, l'infection ne se rattachait pas à la lésion des voies urinaires, mais probablement à une blessure concomitante du colon.

— M. Nélaton fait un rapport sur une intéressante observation de M. Leclerc (de Saint-Lô) relative à une *luxation de la hanche* survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Le malade, âgé de 9 ans, commençait sa convalescence lorsqu'il fut pris de douleurs très vives dans les deux hanches, en même temps que les cuisses se fléchissaient. La température demeurant entre 39° et 40°, et les accidents se localisant du côté droit que l'on ne pouvait toucher sans arracher des cris à l'enfant, M. Leclerc fit une incision après anesthésie, pensant avoir affaire à une périostite. Il tomba sur la tête fémorale luxée et la réduisit facilement. Après une ou deux récidives, la réduction finit par devenir permanente, et le malade guérit.

M. Leclerc insiste sur ce point qu'il n'y a pas eu de défervescence au moment de la production de la luxation. En réalité, si on suit le tracé, qui présente du reste quelques lacunes, on voit qu'il est probable que cette défervescence a eu lieu deux jours avant l'opération. M. Leclerc, pour expliquer la luxation, se rattache à la théorie de M. Verneuil, qu'adopte aussi M. Nélaton. Il s'agirait d'une arthrite, et la sortie de la tête se produisit par suite de la contraction des adducteurs.

— M. Nélaton fait un second rapport sur une observation de M. Claudot relative à un cas de *luxation du genou en dehors*. L'auteur a pu relever trente observations de cette luxation. Dans le fait qui lui est personnel, le malade était tombé en traversant une voie de chemin de fer. La luxation était incomplète, mais la réduction fut difficile à maintenir et le malade guérit en conservant une ankylose incomplète de l'articulation.

M. Bazy a observé, dans le service de M. Richet, un cas de luxation du genou en dehors. Le blessé était un charretier qui, en tombant de sa voiture, avait eu la jambe prise entre les rayons d'une des roues qui continua à tourner. Le tibia était subluxé en dehors et la jambe demi-fléchie. La réduction et la guérison furent faciles et il ne resta qu'un peu de raideur.

— M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Michaux, qui a observé la *récidive d'un kyste de l'ovaire opéré.* Ces récidives sont bien connues aujourd'hui, mais elles sont réellement rares dans la paroi. La malade, âgée d'une soixantaine d'années, a été opérée, il y a quatre ans, d'un kyste de l'ovaire du côté droit par M. Labbé. Le kyste, d'après des renseignements fournis par M. Sottas, était uniloculaire, à parois minces, sans adhérences. On put l'enlever facilement sans que du liquide souillât la plaie. Du

côté gauche, l'ovaire présentait de petites masses dont la nature resta indéterminée. Actuellement, il y a une récidive à la partie inférieure de la cicatrice, des noyaux isolés dans sa partie supérieure, une tumeur au niveau de l'ombilic et des ganglions inguinaux très durs à droite. Pour M. Michaux, il y avait eu inoculation de la plaie par un fragment du kyste. M. Schwartz pense qu'il s'agit peut-être tout simplement d'une tumeur développée dans une cicatrice, car il n'y a rien du côté des viscères abdominaux.

— M. Routier, en septembre dernier, a opéré une femme de quarante-cinq ans, très anémique, qui présentait un énorme *sarcome de l'ovaire*. Il fallut faire une très grande incision, mais, malgré tout, la guérison fut rapide et se fit par première intention. Trois semaines après l'opération, deux petites tumeurs apparaissaient au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Bien que l'examen histologique ait semblé montrer qu'il s'agissait de sarcome, M. Routier conserve des doutes. Ces tumeurs, saignantes, furent détruites au thermo-cautère et la cicatrisation se fit bien. Actuellement, la malade se plaint de douleurs rénales de nature douteuse.

— M. Terrillon rapporte deux observations de *greffes cancéreuses* provenant de kystes de l'ovaire.

Au mois de mai dernier, il a opéré une femme atteinte de kyste de l'ovaire mucilagineux qui s'était rompu dans le péritoine depuis une vingtaine de jours. La séreuse était pleine de matière mucilagineuse. Pendant la laparotomie, il fut facile de constater l'existence d'une greffe sur le gros intestin, et on enleva cette greffe. L'épiploon était imprégné de mucilage noir, ne paraissant pas le siège de greffes, il fut donc respecté, et simplement lavé. Un an après, la récidive était très nette. M. Terrillon fit une nouvelle laparotomie et trouva un kyste de l'autre ovaire que l'on avait cru sain et une masse gélatineuse en boule pesant cinq kilogrammes dans l'épiploon. L'intestin semblait à peu près sain. Toutes les productions morbides furent enlevées et, depuis dix-huit mois, il ne s'est pas produit de nouvelle récidive.

Dans un autre cas, l'opération fut fort longue, la malade était en pleine péritonite à la suite de la rupture de son kyste. Les deux ovaires étaient pris et furent enlevés. Une récidive survint peu après et, par une deuxième opération, on enleva une masse isolée dans le ventre, soudée aux franges épiploïques. Il s'agissait toujours de masses gélatineuses.

M. Lucas-Championnière regarde les renseignements sur l'évolution de la tumeur, contenus dans l'observation de M. Michaux, comme insuffisants pour permettre d'établir nettement comment s'est produite la récidive. La greffe peut, du reste, se faire au point de ponction. Le diagnostic de la nature bénigne ou maligne d'une tumeur est souvent fort difficile.

M. Lucas-Championnière a vu dernièrement un cas dans lequel il a d'abord fait le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire, puis ensuite celui de salpingo-ovarite anormale. Après l'opération qui avait semblé démontrer le bien-fondé du second diagnostic il se produisit une récidive dans la paroi.

Récemment, M. Bouilly a eu à opérer une femme qui présentait un papillome végétant suppurant au niveau de l'ombilic, avec de petites productions analogues dans le voisinage et une tumeur abdominale semblant être soit un kyste à fluctuation douteuse, soit un fibrome kystique.

Après avoir excisé la région ombilicale, M. Bouilly enleva un fibrome pédiculé et de petits fibromes extra-utérins. Les ovaires semblaient sains. Quelques mois plus tard, la malade présentait une masse dure au niveau de l'épiploon et une ascite considérable et sanguinolente. La mort survint un an après l'opération. Peut-être, y a-t-il eu greffe d'une parcelle de la tumeur papillomateuse? Peut-être encore l'opération a-t-elle provoqué la généralisation du papillome.

Pour M. Quénu, il n'y a pas de différences anatomiques entre les kystes de l'ovaire bénins et les kystes malins. Certaines tumeurs qui paraissent malignes ne récidivent pas et réciproquement. Souvent, pendant l'opération, on voit des granulations de nature suspecte sans que l'on puisse exactement déterminer leur nature. Parmi les granulations, i

y en a d'inflammatoires, il y en a qui sont carcinomateuses. Dans ces derniers cas, quand la tumeur reparaît, il ne s'agit naturellement pas de récidive. Quand on fixait le pédicule des kystes de l'ovaire extérieurement, la greffe n'était souvent que le développement d'une petite masse cancéreuse laissée dans le pédicule. La tumeur apparaît alors à la partie inférieure de la cicatrice.

M. Lucas-Championnière ne croit pas qu'il soit légitime de confondre anatomiquement les kystes bénins et les kystes malins de l'ovaire. On ne sait pas faire la distinction, voilà tout. On sait déjà que les kystes à végétations extérieures récidivent facilement.

M. Terrillon a fait sept ovariotomies pour des kystes à contenus gélatineux rompus dans le péritoine; il a lavé complètement la séreuse et n'a eu que deux cas de greffe.

M. Schwartz pense que, dans le cas de M. Bouilly, il s'agissait peut-être d'une tumeur de l'ombilic secondaire à une tumeur abdominale restée inaperçue pendant la laparotomie.

— M. Ziembicki lit une observation de *tumeur de la prostate*, ayant entraîné une rétention d'urine qui nécessita la ponction. Des accidents devant probablement se produire, il fit la taille hypogastrique, puis réséqua les trois lobes de la prostate. Il plaça une sonde à demeure et les drains de M. Périer. Actuellement le malade est guéri et urine seul.

— M. Schmidt montre un jeune soldat, porteur de tumeurs sarcomateuses du crâne.

De quelques nouvelles médications.

Traitement de la blépharite squameuse, par Gradle. (*J. de méd. de Brux.* 1890, 18.)

Lorsque les pommades à base de mercure ne produisent aucun résultat dans le traitement de la blépharite, il faut recourir à d'autres moyens. Se basant sur l'emploi du chloral dans le traitement de la séborrhée du cuir chevelu, l'auteur utilise ce produit pour la guérison de la blépharite; les lotions des paupières avec une solution de chloral à 5 p. 100 donnent les meilleurs résultats; les effets deviennent encore plus remarquables lorsqu'on enduit les paupières d'une pommade à l'acide pyrogallique (acide pyrogallique 1 partie, vaseline 8 parties).

Un autre moyen, très utile, consiste à faire des onctions avec une pommade ainsi composée : lait de soufre, 3 parties; vaseline, 100 parties; parfois il faut diminuer la quantité de soufre. L'addition de 3 parties de résorcine augmente encore les heureux effets. Par ce traitement, des blépharites invétérées guérissent rapidement sans que l'auteur ait observé des récidives. La blépharite ulcéreuse ne guérit pas par l'emploi de cette méthode.

Trional et tétronal, par Barth et Rumpel. (*Répertoire de Pharmacie*, 1890, 10.)

Baumann et Kast ont publié les résultats de nombreuses expériences faites sur des chiens, avec des composés analogues au sulfonal. Ils avaient conclu que leur action hypnotique est fonction des groupes « ethyl » de leur composition, que cette action est proportionnée, en intensité, à leur nombre et que le groupe SO^2 est sans action dans ce sens.

Barth et Rumpel ont repris les expériences sur l'homme en administrant le trional et le tétronal, renfermant trois et quatre groupes « éthyl » et en les comparant avec le sulfonal qui n'en contient que deux. Pour rendre la comparaison plus rigoureuse, le trional et le tétronal ont été essayés sur des malades ayant obtenu de bons effets du sulfonal.

Les résultats obtenus ont été les mêmes chez l'homme que chez le chien, au point de vue affirmatif des propriétés hypnotiques; mais ils n'ont pas confirmé les vues théoriques sur la relation quantitative, car il a fallu employer les mêmes doses de sulfonal, de trional et de tétronal, au lieu de deux tiers ou d'une demi-partie (pour les derniers), comme le pensaient Baumann et Kast. Dans le cas où l'action du sulfonal était lente, le

trional et le tétronal ont eu un effet hynoptique complet, et l'on a remarqué que, lorsqu'un des trois produits avait été administré plusieurs jours de suite, l'administration de l'un des deux autres augmentait l'intensité d'action.

Actuellement, Barth et Rumpel se contentent de dire que les indications thérapeutiques du trional et du tétronal sont probablement les mêmes que celles du sulfonal, mais que, dans certains états nerveux réfractaires au sulfonal, les deux autres produits peuvent être plus efficaces.

Le trional et le tétronal sont sans action sur le délire alcoolique, même aux doses de 4 grammes par jour. Comme hynoptique, le tétronal a été supérieur au sulfonal dans 14 cas, égal dans 6 et inférieur dans 4 cas.

Le trional a été supérieur dans 17 cas, égal dans 6 et inférieur dans 7 cas. Ces deux médicaments n'ont produit aucun effet fâcheux dans les 220 cas où ils ont été employés.

Sulfonal contre le diabète, par Casarelli. (*Répertoire de Pharmacie*, 1890, 10.)

L'auteur résume ainsi ses observations : Le sulfonal exerce une influence favorable sur le diabète; le sucre diminue peu à peu. Cette amélioration se constate après plusieurs jours de l'emploi à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

L'administration même très prolongée du sulfonal a été sans inconvénients. A la dose de 3 grammes, longtemps continuée, on constate un état léthargique et quelquefois du délire. Si l'on cesse un jour ou si l'on diminue la dose, ces accidents cessent. Si l'on supprime le médicament, le sucre réapparaît aussitôt.

Auparavant, Casarelli avait essayé l'antipyrine, mais les résultats obtenus étaient moins satisfaisants et moins caractérisés. — P. N.

FORMULAIRE

Pansement abortif du furoncle. — Reddie.

On lave la région où siège le furoncle, avec une solution phéniquée à 1 p. 40; ou bien avec une solution de sublimé au 2/1000e. Cela fait, à l'aide d'un pinceau imbibé d'huile phéniquée, on étend sur le furoncle une poudre composée, à parties égales, d'iodoforme et d'oxyde de zinc. — Ce pansement est pratiqué deux fois par jour, et continué jusqu'à disparition complète du furoncle, que l'on n'est pas forcé d'inciser. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 30 décembre 1890, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Beaumanoir, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — M. le médecin principal de la marine Guyot. — MM. les médecins de première classe de la marine Negadelle, Tardif, Prat, Bertrand, Brou-Duclaud, Jabin-Dudognon. — M. Guillabert, médecin civil à Nice.

— Par décret, en date du 31 décembre 1890, et sur la proposition du grand-chancelier de la Légion d'honneur, M. le docteur Le Sourd, ancien chirurgien de la marine, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Cette distinction couronne trente-cinq années de services militaires et civils, quatre campagnes et une vie consacrée tout entière à la science. Nous adressons à M. Le Sourd nos vives et sincères félicitations.

— L'Académie des sciences a tenu lundi 29 décembre sa séance annuelle. Parmi les prix décernés, nous relevons les suivants :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : Trois prix sont décernés à MM. Félix Guyon, Auguste Ollivier et Paul Richer. Trois mentions sont accordées à M. Ch. Fiessinger, MM. J. Chauvel et H. Nimier, et à M. Ch. Mauriac.

Statistique. — Prix Montyon : Le prix est décerné à M. le docteur Paul Topinard.

Prix Bréant. — Ce prix est partagé entre MM. Ch. Colin et A. Layet.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. S. Pozzi. Une mention honorable est accordée à MM. Ch. Monod et O. Terrillon.

Prix Barbier. — Le prix est décerné à M. Claude Martin (de Lyon). Des mentions honorables sont accordées à M. G. Lyon et à M. B. Dupuy.

Prix Lallemand. — Ce prix est partagé entre Mme Déjerine-Klumpke et M. G. Guinon.

Prix Dusgate. — Une récompense de 800 francs à M. Gannat; une de 1,200 francs et une de 500 francs à deux auteurs qui ne se sont pas encore fait connaître.

Prix Bellion. — Deux encouragements de 500 francs à M. H. de Brun et à MM. Morel-Lavallée et L. Bellières. Des mentions honorables à MM. les docteurs Sutils et Bedoin.

Prix Mèze. — La rente de la fondation est accordée, à titre de prix, à M. Nicaise.

Physiologie. — Prix Montyon : Deux prix *ex æquo* sont accordés à MM. Gley et Wertheimer. Mentions honorables à MM. Alix, Arthaud et Butte. Citation honorable à MM. Griffiths et Lenoble du Teil.

Botanique. — Prix Montagne : Deux prix sont décernés, dont l'un à M. le docteur Albert Billet.

Anatomie et zoologie. — Prix Savigny : Deux prix sont décernés dont l'un à M. le docteur Jousseaume.

Prix Montyon (arts insalubres). — Le prix est décerné à M. Casimir Rollet.

Prix Delalande-Guérineau. — Le prix est décerné à M. le docteur Verneau.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rampal, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

— On annonce une épidémie considérable de fièvre typhoïde à Fünfkirchen (Hongrie). Sur 32,000 habitants, 3,000 environ sont atteints. Les cas sont sérieux, mais rarement mortels. On attribue cette épidémie à une infection des eaux distribuées à la ville.

(*Bull. méd.*)

— M. le docteur Regnault, major de l'Hôtel-Dieu de Marseille, est chargé d'une mission aux Indes anglaises, en vue d'y effectuer des recherches d'anthropologie et d'ethnographie.

— M. le docteur A. Trumet (de Fontarce) est chargé d'une mission en Tunisie, en vue de recherches anthropologiques.

— M. le docteur Barety est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Nice.

— Un comité vient de se constituer à Londres, sous la présidence de sir Lister, pour la création d'un « Institut de médecine prophylactique ». Cet Institut participera du caractère de l'Institut Pasteur et du futur Institut Koch, à Berlin.

Il sera consacré à l'étude des maladies infectieuses de l'homme et des animaux, et à la préparation des vaccins et remèdes de ces maladies au fur et à mesure qu'on les découvrira. (*Bull. méd.*)

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

PHTHISIE, *Bronchites, Catarrhes.* — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

De l'acromégalie (1).

III

L'acromégalie est non seulement une entité morbide d'après la clinique, mais a son autonomie de par l'anatomie pathologique.

MM. Marie et Marinesco ont fait connaître au Congrès de Berlin les résultats de leurs recherches. Pour les lésions des extrémités, ils ont étudié le gros orteil, le métatarse et le nez. Dans la première de ces régions, en général, toutes les parties constituantes de la peau sont hypertrophiées; mais l'altération porte spécialement sur les diverses espèces de tissu conjonctif. Ainsi, par exemple, le derme présente une hypertrophie considérable, il mesure 1 millimètre et demi à 2 millimètres, ses fibres sont plus épaisses. Les papilles sont plus larges (0,05), sans prolifération cellulaire manifeste; le tissu élastique est partout très développé. Toutes les membranes conjonctives sont très épaissies, même les plus fines, telles que les membranes propres des glandes sudoripares, des glandes sébacées, la gaine externe des vaisseaux, et cette hypertrophie atteint son maximum sur la gaine lamellaire des nerfs sous-dermiques, qui sont en même temps dégénérés. L'altération diminue dans les petits troncs sous-cutanés et disparaît à peu près dans les gros; ainsi le nerf médian n'offre qu'une légère hyperplasie du tissu conjonctif interfasciculaire. Les lésions sont beaucoup moins prononcées pour la région du métatarse et celle du nez.

Pour les modifications des os, les études de MM. Marie et Marinesco ont confirmé celles de Klebs. Il existe, en effet, non seulement de l'hyperplasie des travées osseuses, mais aussi un processus d'ostéogénèse remarquable qui assure l'accroissement des os en longueur et en épaisseur. Les septa conjonctifs, qui rayonnent de la face profonde du derme vers le périoste ou le périchondre, de même que ces membranes, sont hyperplasiés.

On a noté, dès les premières autopsies, l'hypertrophie des vertèbres, des clavicules, des os iliaques, l'allongement et l'épaississement des côtes. Du côté des os longs, on constate l'accroissement du volume des crêtes, des lignes, des éminences, des apophyses d'insertion musculaire. Les orifices vasculaires sont agrandis et les dépressions destinées à loger les os et les nerfs plus marquées.

La macroglossie est due à l'épaississement considérable du derme, du tissu conjonctif interfasciculaire, des fibres musculaires et peut-être à la

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

multiplication de ces dernières. Il est à remarquer que les nerfs lingual et hypoglosse ne présentent que des altérations insignifiantes; il n'existerait donc aucune relation entre les altérations des nerfs et l'hyperplasie de la langue.

Le sympathique cervical, et en particulier son ganglion inférieur, dont le diamètre transversal est de 8 millimètres, est le siège d'une sclérose intense, qui intéresse les parois des vaisseaux et en dissocie les éléments nerveux.

L'altération la plus spécifique (Souza-Leite) est l'augmentation de volume de l'hypophyse qui est hypertrophiée jusqu'à avoir les dimensions d'un œuf de pigeon et même celles d'un œuf de poule ou d'une pomme d'api. Voici, comme exemple, les résultats d'une autopsie faite par M. Henrot : « On constate à la base du cerveau sur la ligne médiane, aux lieu et place du corps pituitaire, une tumeur ovoïde du volume d'un œuf de poule; le diamètre transversal le plus grand mesure 42 millimètres, le diamètre longitudinal mesure 30 millimètres; elle est limitée par les organes suivants : en avant, le chiasma des nerfs optiques qui est complètement aplati et forme une large bandelette rubanée ayant plus d'un centimètre et demi de largeur; son épaisseur est réduite à 1 ou 2 millimètres; elle décrit une vaste concavité en rapport de configuration avec la tumeur. Sur les côtés, les lobes sphénoïdaux du cerveau se sont excavés; en arrière, elle repose sur les pédoncules cérébraux. En la soulevant avec précaution, on constate des connexions intimes avec la base du cerveau; elle se continue directement par l'infundibulum jusqu'au tuber cinereum qu'on tiraille lorsqu'on exerce sur elle une légère traction. L'infundibulum est résistant, il est beaucoup plus développé que dans l'état normal. »

Dans un cas de Fritsche et Klebs, la tumeur de l'hypophyse, grosse comme une noisette, remplissait la selle turcique, très dilatée. Le nerf optique droit était un peu plus comprimé que le gauche, qui s'était aplati, en formant un ruban plat de 1 centimètre de largeur; l'infundibulum et la tige pituitaire étaient très hypertrophiés et s'appliquaient comme une bande jaunâtre sur le côté droit de la tumeur. D'une façon générale, la surface du corps pituitaire est mamelonné, et à la section on voit que l'organe se compose de lobules irréguliers, séparés par des travées conjonctives très épaisses. L'hyperplasie de la glande a lieu aux dépens des follicules. Les follicules de nouvelle formation ne sont pas identiques aux follicules typiques, car on n'y trouve pas les deux espèces de cellules de l'état normal. Les vaisseaux sont hyperémiés à certains endroits, très sclérosés, quelquefois presque oblitérés et les lésions vasculaires signalées déterminent consécutivement des lésions de la trame conjonctive.

Il est facile de comprendre que l'hypertrophie de la glande pituitaire entraîne la production de phénomènes de compression du côté des organes voisins. On observe de la névro-rétinite qui peut aboutir à l'amaurose complète, des douleurs intra-oculaires, des troubles de l'ouïe et de l'odorat, ces derniers sont beaucoup moins fréquents. La fosse pituitaire est naturellement très agrandie, ce qui fait que la partie centrale de l'étage moyen prend des dimensions considérables. L'agrandissement se fait dans tous les sens; le processus pathologique envahit le sinus sphénoïdal, la gouttière du chasma, parfois la lame criblée de l'ethmoïde, la lame quadrilatère et les apophyses clinoïdes du sphénoïde, déjetées en arrière. Tous les sinus, surtout ceux du maxillaire, sont dilatés.

MM. Marie et Marinesco ont trouvé des altérations du système glandu-

laire. Le rein présente les lésions d'une néphrite plutôt corticale se traduisant : *a*) par la formation de tubes de nature probablement vasculaire, lesquels sont remplis de cellules angioplastiques; *b*) par la prolifération des cellules des tubes contournés et de l'hyperplasie du tissu interstitiel.

Les follicules du corps thyroïde, notablement atrophié, sont hyperplasiés, souvent kystiques et remplis d'une substance qui représente les différentes transformations de la matière colorante du sang.

M. Verstraeten a insisté sur les lésions du côté des organes sexuels dont nous avons déjà parlé. Il a trouvé les seins et la matrice atrophiés et constaté l'hypertrophie du mamelon et du clitoris.

MM. Marie et Marinesco ont examiné le sang de trois de leurs malades. Il y avait diminution du nombre des globules et de l'hémoglobine. Dans un cas très avancé, la proportion des globules blancs était augmentée.

IV

La pathogénie de l'acromégalie est très mal connue. Aussi doit-on, à l'exemple de M. Souza-Leite, se borner à résumer les principales théories qui ont été émises.

Pour Klebs, la maladie se rattache à une prolifération généralisée des germes vasculaires entraînant un développement anormal, insolite, du tissu ou système vasculaire. On connaît (Souza-Leite) les réseaux vasculaires des vésicules ou des follicules adénoïdes du thymus; eh bien, il croit que les endothéliums vasculaires se forment là, de même que dans les organes similaires; ces endothéliums, qui se détacheraient des parois des petits vaisseaux du thymus, tombent dans le sang, sont charriés par le mouvement circulatoire pour s'arrêter là où existent des conditions favorables à la stagnation ou à un simple ralentissement du courant sanguin; alors ces endothéliums émigrés formeraient les « perles endothéliales », les « angioblastes » (Klebs), contribuant à la formation du système vasculaire. L'acromégalie serait donc une « angiomatose, processus pathologique auquel non seulement la paroi propre du vaisseau, mais encore son périthélium participe ». Comme le fait remarquer M. Guinon, c'est là bien plutôt la constatation d'un fait qu'une explication. Klebs reconnaît, en effet, que ces modifications vasculaires existent dans tous les cas d'hypertrophie des membres (gigantisme général ou partiel); on ne saurait donc les invoquer pour résoudre la question de savoir à quoi sont dus la marche et l'aspect si singulier de l'acromégalie.

D'après une autre théorie due à Freund, on devrait surtout incriminer une inversion dans l'évolution de la vie génitale. « Chez un certain nombre d'individus, le mode ordinaire de développement est troublé, ou bien il demeure en arrière de la norme, ou bien, au contraire, il dépasse cette norme dans le temps et dans l'espace; les malformations qui en résultent marchent de concert avec les troubles du développement de la puberté et aussi, plus tard, des fonctions génitales. Comme exemple de développement arriéré, on trouve *l'infantilisme*, le *nanisme;* comme exemple de développement exagéré, le *gigantisme*, *l'acromégalie*. Tous ces états anormaux qui finissent par s'établir d'une manière fixe procèdent du même fond, tous sont liés, d'une façon énigmatique, à la vie génitale... L'acromégalie est une anomalie de développement qui, probablement, débute déjà à l'époque de la deuxième dentition et certainement s'établit énergiquement avec l'époque

du développement de la puberté. Si déjà, chez les nains et les géants, on peut reconnaître une participation du système génital, celle-ci devient encore plus évidente chez les acromégaliques. Il est bien établi par l'expérience que, dans tous les cas régulièrement observés jusqu'ici d'acromégalie, les fonctions génitales étaient éteintes. D'autre part, il y a, suivant moi, des indices permettant d'admettre que la fonction génitale s'est, chez ces individus, éveillée d'une façon précoce et n'a pas tardé à atteindre un développement supérieur à la normale.

On peut objecter à cette théorie (Guinon) que la maladie se développe habituellement pendant la seconde moitié de l'adolescence ou au commencement de l'âge adulte. De plus, dans un grand nombre de cas, on ne retrouve pas de troubles antérieurs des fonctions génitales.

Le plus sage est de se tenir dans une prudente réserve et d'admettre, avec M. Marie, qu'il s'agit probablement « d'une sorte de dystrophie systématique, dont la place en nosologie serait assez symétrique à celle du myxœdème et qui affecterait, avec un organe encore inconnu de la fonction trophique (corps pituitaire ???) des relations analogues à celles qui lient le myxœdème et la cachexie strumiprive à certaines lésions ou à la disparition du corps thyroïde ».

V

Le *myxœdème* a été assez souvent confondu avec l'acromégalie. Chez le myxœdémateux, la tuméfaction est limitée aux parties molles; les téguments ont un aspect rugueux, une coloration jaunâtre et cireuse, et offrent un œdème dur; ils se desquament et font corps avec les tissus sous-cutanés, d'où l'immobilisation de la peau. Dans le myxœdème, le visage est bouffi, arrondi, en pleine lune, le front bossué, les paupières, œdématiées, s'ouvrent à peine et cachent presque les yeux; il n'y a pas de prognathisme; les mains et les pieds sont tuméfiés, quelquefois violacés. L'état mental est très différent dans les deux cas. Anatomiquement, jamais on n'a rencontré, dans le myxœdème, l'intumescence spéciale du corps thyroïde ni les lésions caractéristiques du squelette des extrémités.

L'*ostéite déformante* de Paget se caractérise (P. Marie) par une augmentation de volume considérable et une courbure accentuée des os longs des membres et des os du tronc et de la tête, produisant un aspect tout particulier; les fémurs et les tibias sont fortement courbés en avant, les jambes sont écartées, le tronc et le cou sont fixés dans une flexion antérieure très prononcée; par suite de lésions analogues du rachis, la respiration est gênée et du type presque exclusivement diaphragmatique, à cause de l'hypertrophie et de la soudure des côtes. Assez souvent, au début ou dans le cours de l'affection, il existe des douleurs intenses, analogues aux douleurs fulgurantes. Dans des cas très accentués (G. Thibierge), les os se courbent de plus en plus, les jambes arrivent à se croiser en forme d'X, les malades ne peuvent marcher et sont confinés sur un fauteuil. Dans l'ostéite déformante, les os du crâne sont très atteints, tandis que ceux de la face ne sont frappés que d'une façon exceptionnelle et toujours légèrement. Dans les membres, ce sont les os longs qui présentent de l'hyperostose et se déforment. Dans l'acromégalie, il suffit de le rappeler, il n'y a pas de courbure des os longs et la déformation de l'extrémité céphalique tient aux modifications qui se produisent du côté des os de la face, ceux du crâne restant presque indemnes. L'ostéite déformante ne se montre qu'après l'âge de

40 ans, et l'invasion se fait d'une manière dissociée et non symétrique comme dans l'acromégalie.

Nous ne ferons que mentionner le *leontiasis ossea* de Virchow, qui se caractérise par de véritables exostoses des os de la face et du crâne, sans qu'il y ait de déformation des extrémités.

Certaines formes de rhumatisme chronique produisent une augmentation de volume du côté des extrémités des membres qui pourrait faire penser à l'acromégalie au début. Mais les douleurs ont été ou sont beaucoup plus marquées que dans l'acromégalie, et elles prédominent dans les articulations qui ont présenté ou présentent, de temps en temps, les signes classiques de l'inflammation; en plus, on trouvera les craquements de l'arthrite chronique, quelquefois l'amyotrophie et un peu d'impotence fonctionnelle. Cependant, certains cas sont assez difficiles, puisque M. P. Marie a reconnu avoir rangé dans son premier mémoire parmi les cas d'acromégalie un fait de rhumatisme chronique.

Dans l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*, la face n'a pas l'ovale allongé de l'acromégalique, le nez n'a pas le même volume ; le maxillaire inférieur ne présente pas les dimensions accrues, ni l'ouverture anormale de ses angles, constantes dans l'acromégalie ; le menton ne fait pas saillie et il n'y a pas de prognathisme maxillaire ; par contre, le maxillaire supérieur est déformé par un épaississement marqué du bord alvéolaire et des extrémités postérieures de ce bord. Le cou n'est jamais gros, il serait plutôt mince. La cyphose des malades est lombaire et dorsale inférieure, plus allongée que chez les acromégaliques, de plus elle n'est pas constante. Le thorax prend parfois la forme d'une pyramide triangulaire et il peut être symétrique. Les mains sont énormes et plus déformées que chez les acromégaliques. Les doigts sont considérablement élargis, la phalangette se renfle et devient bulbeuse, et les doigts prennent l'aspect dit en *baguette de tambour* ou en *battant de cloche*. L'ongle est un peu allongé, très élargi et surtout très recourbé. Rien de tout cela ne s'observe chez les acromégaliques dont les ongles aplatis semblent trop petits pour les phalanges massives qu'ils ont à protéger. La région carpo-métacarpienne de la main ne s'éloigne pas très sensiblement des dimensions et de la forme d'une main normale, sauf un peu d'hypertrophie du côté des métacarpiens. Dans l'acromégalie, la région métacarpo-phalangienne de la main est au contraire énorme. Du côté des pieds on constate aussi, dans l'hypertrophie pneumique, l'élargissement des orteils, l'apparence en battant de cloche, etc.

Chez certains individus, on observe ce que l'on a fort improprement appelé des *acromégalies partielles*. On trouve, chez eux, une hypertrophie considérable de toute une moitié du corps, qu'elle soit homonyme ou croisée, d'une main ou d'un pied, des doigts ou des orteils, quelquefois d'un doigt ou d'un orteil; ces altérations sont toujours congénitales, stationnaires et le plus fréquemment unilatérales.

VI

Le traitement de l'acromégalie est, jusqu'à présent, purement symptomatique. M. Verstraeten a prescrit à sa malade le phosphore, l'arsenic, le perchlorure de fer, la rhubarbe, etc., et l'a soumise au régime d'Œrtel modifié. Certains des symptômes ont semblé s'améliorer, tandis que les autres restaient stationnaires.

Les iodures, le salicylate de soude, l'antipyrine, l'arsenic, pourront être ordonnés soit contre certains symptômes, soit à titre de modificateurs de la nutrition.

P. Chéron.

REVUE DES CLINIQUES

Le rhumatisme blennorrhagique, par M. le professeur Peter (1). — Messieurs, je me suis arrêté en dernier lieu au lit d'une malade atteinte de scarlatine. C'est une jeune fille scrofuleuse qui est entrée dans mon service pour une vaginite ; je dis qu'elle est scrofuleuse, car elle en a l'aspect, et, de plus, elle porte aux deux yeux des traces de kérato-conjonctivite strumeuse anciennes à l'œil gauche. C'est dans la salle qu'elle a contracté la scarlatine, et cette maladie s'est compliquée depuis quelques jours d'une péricardite des plus nettes. En l'auscultant, vous percevez un bruit de frottement très caractéristique; c'est là une manifestation du rhumatisme scarlatin et, si cette femme a fait cette complication au cours de la maladie, c'est à son tempérament lymphatique qu'elle le doit.

Je vous ai parlé de cette malade parce que je désire vous entretenir aujourd'hui du rhumatisme blennorrhagique. En 1866, j'ai provoqué à la Société médicale des hôpitaux une discussion qui eut un grand retentissement ; il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans qui, dans le cours d'une blennorrhagie, eut une sciatique double ; vous savez que la sciatique est presque toujours simple et que, quand elle est bilatérale, elle est symptomatique. Ce garçon n'avait pas seulement de la douleur le long du trajet des sciatiques, il avait aussi une névrite ascendante et une méningo-myélite. Je me demandais s'il n'y avait pas une certaine corrélation entre la blennorrhagie et les troubles médullaires et, comme conclusion, j'affirmais que cette corrélation me paraissait évidente ; je crus même pouvoir dire que ceci rentrait dans la loi du rhumatisme blennorrhagique. D'ailleurs, le diagnostic du rhumatisme fut vérifié plus tard, et bientôt il survint chez le malade en question une arthrite temporo-maxillaire et une arthrite du genou droit. Je dis alors : ce n'est pas un rhumatisme blennorrhagique, c'est un rhumatisme survenu à l'occasion d'une blennorrhagie, voulant soutenir que le rhumatisme apparaît à l'occasion d'une chaude-pisse chez un rhumatisant ou chez un lymphatique ; d'ailleurs, tout est occasion à rhumatisme chez un rhumatisant.

C'est ainsi que, chez la jeune fille dont je vous parlais en débutant, le fait d'avoir une scarlatine a provoqué chez elle une péricardite, parce que cette scarlatine s'est développée sur un terrain lymphatique, scrofuleux. Blache a signalé l'effet de la peur, comme pouvant provoquer le rhumatisme, on a de même cité l'influence d'une contusion ou du froid. On peut donc bien admettre, de la même manière, que la blennorrhagie est susceptible de devenir l'occasion de manifestations rhumatismales.

Mais avant d'aller plus loin, il me paraît nécessaire de préciser plusieurs choses : 1° Qu'est-ce que la blennorrhagie ? 2° Comment se manifeste le rhumatisme blennorrhagique? 3° Quelles sont les conséquences de ce rhumatisme ?

La blennorrhagie est une affection virulente, contagieuse, qui serait due à un microbe, le gonocoque de Neisser. Voilà donc la chaude-pisse, maladie spécifique. Est-elle spontanée ?

Ricord l'a affirmé, moi-même j'ai des idées personnelles à ce sujet. Mais passons. La blennorrhagie se développe dans l'urèthre ; qu'est-ce que l'urèthre ? C'est un canal qui est le vecteur de l'urine et du sperme ; c'est donc un organe qui doit à cette double fonction, surtout à la dernière, une structure particulière ; il jouit d'une sensibilité exquise due à la présence d'un réseau nerveux très riche. Vous savez qu'il possède aussi un lacis vasculaire fort développé et que le sang y afflue en quantité considérable à certains moments pour produire la turgescence et la rigidité de la verge, nécessaires à la copulation. Il y a

(1) *Journal de médecine de Paris*, 1890, 49.

donc là une source de réflexes considérable, réflexes centrifuges amenant l'érection et réflexes centripètes provoquant la sécrétion du sperme et l'éjaculation.

Ces sont ces réflexes si puissants qui prouvent que la blennorrhagie uréthrale de l'homme peut et doit provoquer des phénomènes morbides très complexes.

Or, la blennorrhagie uréthrale de l'homme est très fréquemment suivie de rhumatisme blennorrhagique.

En est-il de même chez la femme? L'urèthre de cette dernière ne ressemble pas à celui de l'homme; chez elle l'urèthre n'est que le vecteur de l'urine et l'organe de la volupté, le clitoris, en est tout à fait distinct. Aussi, s'il y a blennorrhagie uréthrale chez la femme, ce qui est rare, elle ne peut pas provoquer les mêmes sympathies que chez l'homme. Du reste, la chaude-pisse chez la femme est presque toujours vaginale et l'observation montre que le rhumatisme blennorrhagique est très rare chez la femme.

Vous voyez donc, Messieurs, que ce n'est pas une question d'infection; ce n'est pas la blennorrhagie en tant que maladie qui provoque le rhumatisme, c'est la localisation de cette blennorrhagie; si, en effet, la cause était due à l'infection, il y aurait aussi bien rhumatisme chez la femme que chez l'homme.

On a dit que le rhumatisme blennorrhagique avait des propriétés et une évolution particulières; on a dit qu'il était apyrétique ou très peu fébrile, c'est vrai; on a dit qu'il pouvait provoquer des désordres considérables, hydarthrose, suppuration, ankylose, etc., c'est encore vrai; mais voici comment il faut concevoir la chose. Le rhumatisme blennorrhagique est habituellement léger, je l'ai appelé *rhumatisme à fleur de peau*, il est localisé sur les tendons, sur les gaines et sur les synoviales des tendons; c'est plutôt une téno-synovite qu'une arthrite; très souvent, il se localise sur les tendons qui constituent la patte d'oie, et, à la palpation du genou, vous trouvez que la douleur siège presque uniquement à la partie interne du genou qui est tuméfiée, l'articulation étant indemne.

Quel intérêt y a-t-il à constater de pareilles choses? Un intérêt considérable, car ce rhumatisme, étant léger, ne s'accompagne pas d'endocardite, et le malade guérira sans lésion irrémédiable du cœur.

Ce rhumatisme est-il l'apanage de la blennorrhagie? Pas du tout, et vous observerez fréquemment cette téno-synovite. Je discute, ici, sur des faits et non sur des mots, car j'ai eu dans mon service dix cas de rhumatisme d'apparence blennorrhagique et quatre étaient sans blennorrhagie.

Il y a d'autres cas où l'articulation est frappée, et alors elle l'est de la même façon que chez les scrofuleux; quelquefois il y a de l'hydarthrose, quelquefois de l'arthrite purulente; quelquefois enfin, cette arthrite s'éternise et on a une ankylose. Vous voyez les mêmes faits se réaliser chez un scrofuleux et, si vous n'intervenez pas assez énergiquement, il se produit une tumeur inflammatoire, ce que j'ai appelé une *tumeur rouge*, puis après une tumeur blanche. La même chose a lieu chez un individu atteint d'arthrite provoquée par la blennorrhagie.

Je vous ai dit qu'on a supposé que la blennorrhagie est une maladie infectieuse et même diathésique. On a expliqué, par une infection de l'organisme, l'apparition du rhumatisme et, une fois le microbe de Neisser trouvé, on a invoqué son passage dans le sang, puis dans les articulations. Il est déjà difficile de comprendre comment le microbe pénètre dans le sang pour aller jusque dans une articulation; toutefois, je l'admets pour un moment. Mais alors, dans une arthrite blennorrhagique purulente, on doit trouver le microbe de Neisser. Or, dans cet hôpital, des micrographes distingués ont ponctionné une arthrite, en ont retiré du pus et n'y ont pu trouver, malgré leurs recherches, le microbe de Neisser, ni même le streptocoque de la suppuration. Donc, ces suppurations peuvent apparaître sans micro-organisme générateur. Mais alors comment se font donc les choses? Très vraisemblablement par action réflexe. C'est un rhumatisme qui est d'origine réflexe et l'on comprend d'ailleurs bien qu'un réflexe puisse produire de pareils phénomènes. Le froid n'agit pas autrement et l'action réflexe, au lieu d'avoir comme origine le froid, peut dépendre de la blennorrhagie.

Le plus souvent, les individus qui ont ces manifestations réflexes de par la blennorrhagie sont des lymphatiques ou des rhumatisants, de sorte que, comme le dit M. Marfan, mon chef de clinique, la blennorrhagie est la pierre de touche des diathèses. Il y a même

quelque chose de très curieux, c'est que certains rhumatisants ont, sous l'influence d'une poussée rhumatismale, un écoulement uréthral; ils ont donc une blennorrhagie rhumatismale.

Je vous ai dit tout à l'heure que le rhumatisme blennorrhagique est léger et que le pronostic est généralement assez bénin, car le rhumatisme ne portera atteinte ni au cœur, ni aux mouvements articulaires, à condition toutefois que vous interveniez à temps et d'une façon suffisamment répétée.

Que faut-il donc faire à ces rhumatisants qui ont une monoarthrite tendant à l'ankylose? Il faut leur faire de la révulsion et cela très énergiquement. J'ai dans mon service un jeune homme qui y entre pour une blennorrhagie qui s'éternisait; il avait les poignets, les cous-de-pied et les genoux pris. On le traita par du salicylate de soude sans succès, puis on l'immobilisa, et quinze jours après j'intervins. Je conclus à la gravité de la situation et ne tardai pas à mettre en œuvre la médication que je vais vous indiquer. Voyant qu'il y avait des douleurs violentes et immobilisation volontaire, je lui fis appliquer quatre ventouses scarifiées à chaque genou; le lendemain, deux vésicatoires à chaque genou. La douleur diminua, le gonflement aussi, mais le malade était toujours dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement. Je le fis alors placer dans une gouttière et lui fis appliquer chaque jour des pointes de feu; le malade évalue à cinq cents ou six cents le nombre de ces dernières. Qu'est-il arrivé? Les articulations ont cessé d'être douloureuses et gonflées, l'atrophie musculaire s'est arrêtée, les mouvements sont redevenus possibles, mouvements provoqués et mouvements spontanés; le malade va donc pouvoir marcher. Je lui fais faire maintenant du massage pour combattre l'engorgement consécutif, et j'espère que, d'ici peu, il sera en état de marcher.

Je tenais à vous dire ces choses, parce que, ce qui est classique, c'est la guérison par ankylose et que, grâce à ce traitement, vous éviterez l'ankylose. J'ai, d'ailleurs, un autre exemple à vous citer, celui d'un homme entré dans mon service avec un rhumatisme blennorrhagique sans blennorrhagie; il avait une tuméfaction énorme de l'articulation radio-carpienne. Qu'ai-je fait? J'ai placé la main et l'avant-bras sur une palette pour obtenir une immobilisation absolue, puis je lui ai fait faire des pointes de feu tous les deux jours sur la face dorsale et sur les côtés du poignet. Au bout de trois semaines, le gonflement avait disparu et les mouvements étaient possibles.

Si vous admettez le microbe de Neisser, vous chercherez l'anti-infectieux et vous oublierez la localisation. Or, comme nous n'avons pas le moyen de détruire le microbe, combattons les phénomènes locaux. Je voulais vous montrer aujourd'hui que le rhumatisme blennorrhagique est surtout un rhumatisme uréthral, qu'il est léger et apyrétique, presque jamais accompagné d'endocardite et que, quand il se localise, il faut combattre la localisation.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches expérimentales sur les leucocytes du sang, par le docteur E. Maurel. — 1er fascicule : Températures extrêmes supportées par les leucocytes du sang de l'homme. — Paris, O. Doin, 1890.

De ses expériences, l'auteur conclut que le maximum d'énergie des leucocytes se manifeste pendant les températures qui sont celles du sang à l'état normal et pendant un état fébrile de moyenne intensité.

Dans certaines maladies, la température de l'intérieur des organes atteint 43 et 44°; les leucocytes sont donc menacés de mort. Quand ils ont succombé, ils deviennent sphériques, sont résistants et ne jouissent d'aucune élasticité. Leur diamètre étant supérieur à celui de beaucoup de capillaires, des infarctus multiples peuvent se produire et troubler profondément la circulation des centres nerveux, des reins, des muscles, des poumons.

Sous l'influence des températures basses, les manifestations de la vie des leucocytes diminuent lentement et cette vie s'éteint entre 20 et 15°. Pour les températures élevées,

deux ou trois degrés en plus séparent les températures qui assurent aux leucocytes leur maximum d'activité de celles qui sont absolument incompatibles avec leur vie. Ils sont en pleine activité à 44°, encore actifs à 45° et ils meurent à 47°. — P. Ch.

REVUE CRITIQUE DES CONGRÈS D'HYGIÈNE ET D'ASSISTANCE (Paris, 1889), par le Dr G. DROUINEAU. En vente aux bureaux de la *Revue sanitaire de la Province*, Bordeaux.

L'auteur a eu l'heureuse idée de condenser dans un petit volume les intéressantes questions traitées dans les Congrès d'hygiène et d'assistance.

Fort instruit des choses de l'hygiène, il ne s'est pas borné à un simple compte rendu, mais, à l'occasion, il a émis de judicieuses critiques et discuté les opinions qui lui paraissaient peu justifiées.

Maintenant que la connaissance de l'hygiène est devenue une nécessité pour tous et que l'étude des questions d'assistance s'impose, l'ouvrage de M. Drouineau ne peut qu'être accueilli avec faveur. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Troubles visuels à la suite d'infection malarique, par SULZER (*Annales d'oculistique*, 1890, n° 178). — Revue des faits épars dans la littérature.

On trouve dans les affections oculaires post-malariques les catégories suivantes :

1° Névrite optique chronique accompagnée de mélanose de la papille dans les cas graves; 2° Infiltration diffuse du corps vitré; 3° Petites hémorrhagies, très nombreuses à la périphérie de la rétine; 4° Cécité brusque probablement à la suite d'hémorrhagies centrales et d'embolies.

Les affections oculaires spécialement rencontrées au cours des attaques de fièvre aiguë sont : 1° Amblyopie périodique d'un degré variable, sans données ophthalmoscopiques, dans les formes graves. La cécité dure plusieurs jours et se dissipe totalement par la quinine; 2° Forte hyperémie de la papille et de la rétine, surtout hyperémie veineuse avec perte du chatoiement de la rétine et prédisposition à une affection de la macula par la lumière réfléchie du soleil; 3° Hémorrhagies en plaques au voisinage de la papille et de la macula lutea.

Les symptômes subjectifs de ces affections de la macula (scotome central positif, diminution de la vue, éblouissements) sont progressifs au début et s'améliorent avec l'état général. Dans les cas graves, il reste des altérations pigmentaires de la macula. Les autres modifications du fond de l'œil disparaissent à mesure que se modifie l'état général. Si la forme de malaria devient grave, il semble que l'on assiste au développement initial de la chorio-rétinite palustre de Poncet. — P. N.

REVUE DES THÈSES

DES RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU RECTUM, par R. SABATIER. Montpellier, Cabiron, 1889.

1° Il existe une forme de constipation caractérisée par son origine congénitale, sa permanence, sa marche progressive, et quelquefois même son hérédité.

2° Cette constipation reconnaît pour cause, non pas une constitution ou un tempérament spécial, mais un état anatomique défini : le rétrécissement congénital du rectum.

3° Ces rétrécissements peuvent exister sur un point quelconque du rectum, mais on les rencontre plus particulièrement au bas de la région ampullaire, près de l'anus (rétrécissements inférieurs), ou bien dans la partie de l'organe qui est au-dessus de l'ampoule (rétrécissements supérieurs).

Tous deux reconnaissent pour cause des arrêts de développement.

4° Les rétrécissements inférieurs sont connus et étudiés depuis longtemps; ils sont

en effet faciles à reconnaître, et réclament souvent l'intervention chirurgicale, en raison des complications qu'ils entraînent.

5° Les rétrécissements supérieurs qui ont fait l'objet de ce travail ont, au contraire, à peine été signalés chez l'enfant; ils étaient presque inconnus chez l'adulte.

6° Les rétrécissements supérieurs congénitaux chez l'adulte ne paraissent pas être rares; ils n'ont pas la gravité des rétrécissements ampullaires, et surtout nécessitent des soins médicaux destinés à obvier à la constipation, qui est leur symptôme dominant.

P. C.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOMMAIRE : Lymphangite tuberculeuse.— Hydradénome des paupières.— Début du mycosis fongoïde. — Tabès aigu. — Chancres indurés sans accidents secondaires. — Éruption médicamenteuse.

MM. HALLOPEAU et GOUPIL ont exposé les résultats de leurs recherches sur un cas de *lymphangite gommeuse tuberculeuse*. Les recherches bactériologiques et les cultures ont démontré la nature tuberculeuse de la maladie. L'examen du pus excrété y a démontré plusieurs fois l'existence de bacilles, et une inoculation à des cobayes a déterminé chez plusieurs de ces animaux les altérations de la tuberculose. La frappante analogie que présente l'aspect des lésions observées chez le malade, avec celui des moulages déposés par MM. Besnier et Lailler sous celui de varices lymphatiques, conduit à admettre que, malgré quelques différences, il s'agit de la même affection et l'on est ainsi conduit à considérer comme établi qu'une partie des faits publiés sous le nom de varices lymphatiques se rapportent à des lésions tuberculeuses.

Pour M. Besnier, ce fait démontre que le domaine de la tuberculose doit encore être étendu.

— M. FEULARD a montré deux cas de *lichen plan*. Dans l'un, l'éruption s'est produite sur le trajet du nerf médian; dans l'autre, il s'agit de la forme miliaire généralisée. Les deux malades sont des nerveux, des hystériques.

— M. HALLOPEAU a présenté une malade atteinte d'*hydradénome des paupières avec complication d'épithéliome*. Ces tumeurs, décrites sous des noms très divers. n'ont guère été jusqu'ici différenciées des adénomes sébacés et sudoripares que par les examens microscopiques; l'auteur établit que l'étude clinique doit permettre, dans la plupart des cas, d'arriver au diagnostic; il montre, de plus, que le pronostic, considéré jusqu'à présent comme absolument bénin, peut être assombri. La malade a, depuis son enfance, des tumeurs multiples localisées dans les paupières inférieures; leur couleur jaune leur donne beaucoup de ressemblance avec le xanthélasma; elles en diffèrent par leur forme régulièrement arrondie, leur consistance et leur couleur moins vive. A l'angle interne de l'œil gauche, existe une tumeur plus volumineuse qui offre tous les caractères de l'épithéliome vulgaire; la malade assure qu'elle s'est développée, après excoriation, aux dépens d'une tumeur semblable aux précédentes. L'hydradénome peut donc se compliquer d'épithéliome.

Ces tumeurs ne siègent pas, comme les adénomes sébacés, dans les sillons nasogéniens. Elles en diffèrent aussi par leur coloration, quelquefois par leur aspect translucide, par leur saillie moins prononcée, par l'absence, dans leur partie centrale, d'une dépression punctiforme, par le défaut de coïncidence avec des télangiectasies et d'autres anomalies de développement. Les adénomes sudoripares de Perry se distinguent par leur siège surtout naso-labial et leur coloration blanche parsemée parfois de points noirs.

Pour M. Darier, qui a pratiqué l'examen histologique, le point de départ des néoplasies doit être cherché dans des glandes avortées ou des débris épithéliaux de provenance embryonnaire. Il a constaté l'existence d'une altération spéciale des fibres élastiques.

— M. HALLOPEAU a encore fait une communication sur une *érythrodermie chronique à poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde.* La malade a été considérée successivement comme atteinte d'eczéma, de lupus érythémateux, etc. L'éruption se manifeste par des poussées érythémateuses que précède et accompagne un prurit intense; elles se sont accompagnées, à divers reprises, de la production de vésicules et de bulles. L'aspect des plaques éruptives rappelle celui de l'érythème polymorphe, mais elles sont persistantes. L'examen histologique a confirmé le diagnostic.

M. FOURNIER, au nom de M. Dieulafoy et au sien, a rapporté un cas de *tabès aigu* suivi de guérison. Le malade, âgé de 36 ans et sans antécédents nerveux, a contracté la syphilis en 1879. Les accidents se sont prolongés longtemps; cependant ils avaient cessé depuis trois ans, lorsqu'il fut pris, au mois de décembre 1889, de douleurs lombaires et dans les membres inférieurs. A la fin de janvier 1890 on constata des douleurs fulgurantes dans les jambes, l'affaiblissement de la puissance génitale, la difficulté de la marche, la diminution de la sensibilité, l'abolition des réflexes rotuliens. Bientôt apparurent un ptosis gauche, de la parésie vésicale, etc. La marche devint impossible. Le traitement institué consista en des frictions mercurielles de 6 grammes pendant quinze minutes chaque jour; 6 à 8 grammes d'iodure de potassium; des pointes de feu sur le rachis et des bains tièdes. L'amélioration fut rapide et le malade était guéri à la fin du mois de mars.

M. MAURIAC a rapproché de ce dernier fait un cas de myélopathie syphilitique avec paraplégie complète, rétention d'urine et incontinence fécale; antérieurement le malade avait eu une hémiplégie droite avec une hémiatrophie de la langue. Dans les deux attaques, le traitement antisyphilitique intensif amena la guérison.

— M. VIDAL a lu au nom de M. Ehlen, une observation de *chancre induré non suivi d'accidents secondaires.* Le malade a contracté, il y a deux ans, un chancre induré typique avec adénopathie inguinale gauche; il n'a jamais eu d'accidents secondaires. Ces cas sont rares et on les verrait surtout quand on fait l'excision précoce du chancre.

MM. MAURIAC et LELOIR ont observé des cas analogues; il faudrait donc admettre l'existence de *formes avortées de la syphilis.*

M. MAURIAC a observé des cas où, à la suite de l'excision du chancre, il n'y eut que des accidents atténués. Pour M. BESNIER, il est certain qu'il y a des individus qui jouissent d'une immunité absolue ou relative.

— M. VIDAL a rapporté, au nom de M. Falret, un cas d'*érythème scarlatiniforme consécutif à l'ingestion de pilules de belladone et d'opium.* Le malade avait pris une pilule renfermant 0,05 d'extrait thébaïque et 0,01 d'extrait de belladone. Deux heures après, il fut pris de prurit et de chaleur. Ces phénomènes se calmèrent, puis reparurent après l'ingestion d'une deuxième pilule. Il se développa alors un érythème scarlatiniforme suivi de desquamation. Plus tard, la prescription de l'opium seul amena les mêmes accidents.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1891. — Présidence de MM. MOUTARD-MARTIN et TARNIER.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Hanriot et Galezowski qui se portent candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie;

2° Un mémoire intitulé : « De la salubrité des établissements industriels », par M. le docteur Renard;

3° Des plis cachetés relatifs au traitement de la tuberculose, adressés par MM. les docteurs Lazerat et Tribes.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Baillarger, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

FORMULAIRE

Crayons contre l'endométrite. — Terrier.

Iodoforme pulv...........................	10 grammes.
Gomme adragante........................	0 gr. 50 centigr.

Glycérine et eau distillée ââ q. s. pour 10 crayons.

Ces crayons sont conseillés contre l'endométrite légère, alors que l'exploration directe de la cavité utérine et la dilatation ne sont point nécessaires. — On peut remplacer l'iodoforme par le salol ou la résorcine, employés aux mêmes doses. — Si l'on désire avoir recours au bichlorure de mercure, on prépare les crayons de la manière suivante :

Bichlorure de mercure......................	0 gr. 50 centigr.
Talc pulv..................................	25 grammes.
Gomme adragante........................	1 gr. 50 centigr.

Glycérine et eau distillée ââ q. s. pour 50 crayons.

On commence par laver et désinfecter le vagin, au moyen d'ouate imbibée d'une solution de bichlorure de mercure à 1/1000e; puis on introduit les crayons dans la cavité utérine, et on les y maintient à l'aide de tampons d'ouate iodoformée ou salolée, qui remplissent le vagin. — N. G.

COURRIER

Le Conseil municipal de Paris a accordé :

1° A la Policlinique de Paris, une subvention de 1,500 francs;

2° Une subvention de 500 francs à la Société civile de l'école et de l'hôpital dentaires libres de Paris;

3° Une subvention de 5,000 francs pour les ambulances urbaines.

On a rappelé, à ce propos, que plus de 5,000 blessés ou malades secourus dans le périmètre de l'hôpital Saint-Louis par les deux voitures, sont une preuve péremptoire des services qu'elles ont rendus jusqu'ici, services que l'on espère pouvoir rendre un jour plus considérables encore, si la sollicitude du Conseil municipal et de la charité publique lui fournit le moyen d'augmenter son matériel. (*Bull. méd.*)

— M. le professeur Laboulbène reprendra son cours, le samedi 10 janvier, à quatre heures, avec l'*Histoire de la tuberculose*.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baillarger, médecin honoraire de la Salpêtrière, ancien président de l'Académie de médecine, décédé le 31 décembre 1890, à l'âge de 81 ans.

Société de médecine de Paris. — Séance du 10 janvier. — *Ordre du jour :* 1. Installation du Bureau. — 2. M. Wickham : Rapport sur la candidature de M. Jullien (membre titulaire). — 3. M. Christian : Compte rendu des travaux de la Société en 1889-90. — 4. M. Desnos : Remarques sur 500 cas de rétrécissements de l'urèthre. — 5. M. Chervin : A propos du bégaiement hystérique.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Mort de M. Baillarger.

L'année 1891 commence pour l'Académie par une mauvaise séance, levée en signe de deuil pour la mort d'un de ses anciens présidents.

M. Baillarger (Jules-Gabriel-François), né à Montbazon (Indre-et-Loire) en 1806, était dans sa 85e année. Dès le début de ses études médicales, il s'était adonné aux maladies mentales et avait été nommé premier interne à la maison de Charenton, dans le service d'Esquirol.

Sa thèse inaugurale, dédiée à ce dernier, fut soutenue le 29 décembre 1837 ; elle a pour sujet : *Du siège de quelques hémorrhagies méningées*, et suivie de quelques propositions relatives aux maladies mentales. Nommé médecin de la Salpêtrière en 1840, il devint ensuite l'un des directeurs de la maison d'aliénés qu'Esquirol avait fondée à Ivry. Depuis, il a puissamment contribué par ses travaux aux progrès de nos connaissances sur l'aliénation mentale. En 1842, son mémoire *Sur les hallucinations*, les causes qui les produisent et les maladies qu'elles caractérisent, fut couronné par l'Académie de médecine, qui l'inséra dans le tome XIII de ses *Mémoires*. On

FEUILLETON

CAUSERIE

Le bruit fait autour de la guérison de la phthisie a suscité un certain nombre d'anecdotes qui font toujours bien au rez-de-chaussée de notre journal. Une d'entre elles a eu pour théâtre, paraît-il, notre bonne ville de Paris, bien que nous en trouvions la relation dans *The Lancet*. C'est du moins le *Mercredi médical* qui l'affirme.

Il s'agit d'un couple nommé M. et Mme Foux, âgés d'environ 70 ans, et qui ont découvert un « remède infaillible contre la phthisie. »

M. Foux exerce la profession de fossoyeur, mais il emploie ses loisirs à des recherches scientifiques, et, aidé par son épouse, il a découvert un médicament « fondant, détersif et cicatrisant », qui tue le bacille de la tuberculose et rappelle immédiatement le malade à la santé, même dans les cas désespérés. Ce couple jouissait d'une immense réputation dans l'est de Paris, et de nombreux malades venaient de tous les quartiers chercher quelques gouttes du précieux élixir qui a précédé le remède que Koch (de Berlin) a tant de peine à rendre public. M. Foux, toutefois, se distingue de ce chercheur en ce qu'il administre lui-même son remède et n'en laisse pas une goutte entre les mains de qui que ce soit, autre que son épouse. Dernièrement, M. Foux était occupé; il envoya madame auprès d'un malade atteint de consomption tuberculeuse, mais à peine celle-ci,

trouve encore dans cette collection divers travaux, entre autres celui qui est consacré à des recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau.

En 1843, il fonda, avec Longet et Cerise, les *Annales médico-psychologiques,* recueil spécialement consacré aux études sur les maladies nerveuses et mentales. Parmi ses travaux personnels, publiés dans ce recueil, on cite ceux qui ont trait à : La stupidité des aliénés ; la statistique de la folie héréditaire ; la fréquence de la folie chez les prisonniers ; les hallucinations ; la pellagre ou paralysie pellagreuse ; le crétinisme ; la folie à double forme, etc. M. Baillarger a aussi rédigé sur ces sujets plusieurs articles pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

En outre, on doit encore mentionner son *Enquête sur le goître et le crétinisme,* rapport rédigé pour le Comité consultatif d'hygiène publique (1873) et ses *Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1872).

M. Baillarger, nommé membre de l'Académie en 1847, avait été élu président en 1878. Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1849 et promu officier en 1871.

— A Paris, on se recueille, pendant que les expériences faites avec la lymphe de Koch continuent un peu partout, en province et à l'étranger, et que chacun publie les résultats encore prématurés et peu probants de sa pratique. Nous n'en dirons donc rien avant nouvel ordre.

Nous voulons seulement mentionner quelques tentatives chirurgicales hardies, exécutées ou proposées à ce sujet.

En Allemagne, M. Moslu a conseillé d'injecter la lymphe directement dans le parenchyme pulmonaire. A sa clinique, il traite en ce moment un phthisique à qui il a fait, préalablement aux injections, l'ouverture d'une caverne située au sommet du poumon droit. Jusqu'alors, il n'y a pas eu d'accident et les malades semblent être en bonne voie de guérison, cela va de soi.

---

après avoir administré le remède, se fut-elle retirée que le malade fut pris d'une hémoptysie grave que les amis de la famille attribuèrent à cette drogue.

On appela un médecin qui résolut de tendre un piège aux Foux pour se procurer de leur élixir. On cacha un pharmacien dans une pièce voisine et on appela Mme Foux, qui administra une nouvelle dose.

Au moment où le malade allait l'avaler, le pharmacien se montra, saisit le remède et enjoignit à la dame de le suivre dans une pharmacie, où il l'accusa de vouloir empoisonner le public. Saisissant une occasion, Mme Foux arracha son remède des mains du pharmacien et le but, prouvant ainsi que sa drogue ne contenait aucun poison.

Un peu plus tard, en justice, le mari déclara qu'aucune puissance au monde ne le contraindrait à révéler son secret.

***

Qui se douterait que Marat peut figurer dans l'historique de la phthisie, au chapitre traitement?

Marat, avant de rédiger l'*Ami du peuple*, était attaché comme médecin à la maison du comte d'Artois, dont il soignait les gardes du corps, et se trouvait en relation avec la société la plus aristocratique.

La guérison de la marquise de Lauberpine, à l'aide d'une eau antipulmonique qui était une préparation à base calcaire, d'après l'analyse de l'abbé Teissier, en fit un médecin à la mode dans le faubourg Saint-Germain. Un véritable exode de désespérés

Afin de permettre l'élimination des portions tuberculeuses du poumon mortifiées sous l'influence de l'injection, Sonnenburg, à l'instigation de Koch lui-même, a pratiqué au thorax une ouverture. Il opère dans le premier espace intercostal, entre le bord du sternum et le bord interne du pectoral; si le champ n'est pas assez large, il échancre la première côte. Chez trois malades, il a ponctionné le poumon, fixé par des adhérences anciennes, pour savoir où étaient les cavernes; quand il a été renseigné sur leur situation, il a ouvert leur cavité avec le thermo-cautère chauffé au rouge sombre pour éviter les hémorrhagies. Après l'évacuation du muco-pus, il a fait le tamponnement iodoformé. Les jours suivants, on a défait le pansement pour surveiller l'écoulement du pus; si l'évacuation n'était pas suffisante, on élargissait l'ouverture avec le thermo-cautère. Sonnenburg a constaté que l'on pouvait ainsi cautériser le poumon sans faire souffrir le malade; celui-ci n'accuse de douleurs que quand le fer rouge touche à la plèvre.

La conclusion est qu'en somme l'opération est relativement simple et ne fait pas courir de danger au malade. Malheureusement on ne connaît pas encore les résultats thérapeutiques de cette opération.

A Lyon, le professeur A. Poncet a proposé de pratiquer la craniectomie préventive chez les malades atteints de méningite tuberculeuse qu'on voudrait traiter par les injections de la lymphe de Koch. Il se propose, en agissant ainsi, de créer une soupape de sûreté mettant les centres nerveux à l'abri de la compression exercée par la congestion que détermine la lymphe. Grâce à une large brèche pratiquée, par exemple, à droite ou à gauche, ou des deux côtés du sinus longitudinal supérieur, le cerveau pourrait se desserrer pendant toute la durée de l'action de la lymphe. L'opération, qui s'adresse à des cas fatalement mortels, trouverait encore sa justification dans les douleurs parfois si intenses qui accompagnent la méningite tuberculeuse. Mais ces douleurs et les accidents de compression nous paraissent avoir surtout leur siège à la base, au niveau des nerfs craniens, qui

affluait à son cabinet de consultation, et l'on payait 36 livres la visite. Malgré ces succès, il abandonna l'exercice de la médecine pour revenir à l'étude de la physique. Il disait que l'état de médecin n'était à Paris « qu'une profession de charlatan indigne de lui ».

*
* *

Les charlatans dont nous venons de parler ne sont pas les seuls sous la calotte des cieux. C'est même une vérité que n'aurait pas reniée M. de La Palice. Nous avons raconté il y a quelque temps l'histoire de l'association d'un docteur belge avec un Indien qui ne manquait pas de piquant. En voici une autre du même genre, qui cette fois nous vient d'Amérique. A Milwaukee exerçait un certain Gun Wa, qui s'était donné comme un médecin chinois diplômé de plusieurs facultés de Chine. Il guérissait, disait-il, toutes les maladies. Il fonda son établissement au mois de juillet 1889 et ne tarda pas à faire des affaires superbes. Un nommé Wilt lui servait d'administrateur et d'interprète. Mais au mois de mars 1890 l'affluence des clients fut telle qu'on dut s'adjoindre un nouvel associé, le docteur Janssen (de Chicago), qui fonctionna alors comme interprète.

La justice finit par s'émouvoir, même dans ce pays où l'enseignement et l'exercice de la médecine sont libres, probablement par suite de quelque méfait, et une enquête apprit que le prétendu docteur n'était qu'un blanchisseur chinois et que Wilt et Janssen qui servaient d'interprètes ne savaient pas un seul mot de chinois... *E finita la commedia!*

sont étranglés par les exudats, et en pareil cas la craniectomie de la voûte serait absolument inutile. — L.-H. P.

Observation et autopsie d'un cas de cyanose chez l'enfant ; traitement de la cyanose ,

Par M. Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

(Conférence recueillie par le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.)

Le 11 novembre dernier, on nous apportait à l'hôpital un petit enfant de 18 mois atteint, disaient ses parents, de bronchite. La bronchite existait bien chez lui, mais il était facile de constater, de plus, un autre phénomène. L'enfant offrait une coloration violacée; cette coloration avait son maximum d'intensité sur le visage, les lèvres, sur les extrémités; les pieds et les mains étaient toujours bleuâtres et froids. Par moments, quand l'enfant toussait, cette teinte se généralisait; elle occupait tout le corps. Pendant cette crise, la dyspnée était considérable; l'enfant paraissait devoir étouffer sur-le-champ. Cette coloration bleuâtre avait bien, depuis plusieurs mois déjà, attiré l'attention des parents; ils avaient même remarqué qu'elle s'exagérait par les efforts, les colères de l'enfant. Mais ils n'avaient commencé à s'inquiéter vraiment qu'au moment où, avec la bronchite, étaient apparus les accès d'étouffement.

En examinant ce petit enfant, on était tout d'abord frappé du faible développement de sa poitrine. Son thorax était grêle, comme rétréci; bien que tout le reste du corps fût également celui d'un enfant chétif, la disproportion était évidente. L'auscultation ne nous donna tout d'abord que des renseignements assez vagues. Toute la poitrine était pleine de râles sous-crépitants, sibilants, ronflants. Ces râles masquaient les battements du cœur. Les cris, les mouvements de l'enfant pendant l'examen venaient encore contribuer à rendre impossible toute auscultation délicate.

La première idée qui nous vint pour le diagnostic fut celle d'une bron-

---

*
* *

Paris en voit de temps en temps qui sont tout simplement des chefs d'œuvre. Par exemple cet Henri Didier qui a reçu dernièrement en cadeau (c'était avant le jour de l'an) 13 mois de prison. Celui-là avait l'esprit fertile en ressources, comme tous ses pareils d'ailleurs. Pendant l'Exposition, il avait réalisé d'assez beaux bénéfices dans le commerce des tickets. Le Champ-de-Mars fermé, il entra, pour passer l'hiver, comme garçon de salle au bal Bullier. Il aimait la compagnie des étudiants et étudiantes, dont il se constituait même à l'occasion le banquier, non sans avoir, du reste, exigé de sérieuses garanties de remboursement.

Puis notre homme rêva quelque chose de mieux et, un matin, il se leva avec la ferme résolution de s'établir « médecin » Pourquoi pas? N'avait-il pas justement dans son portefeuille une ordonnance — inoffensive — glissée un jour de la poche d'un interne des hôpitaux? Ses conversations avec ses jeunes amis de la Faculté de médecine ne lui avaient-elles pas permis de caser dans un coin de sa mémoire quelques expressions médicales dont il pouvait, au besoin, se servir? Il n'en fallait pas davantage. Voilà donc notre homme transformé du jour au lendemain en docteur grave et correct. Il jouait son rôle si bien, qu'il réussit pendant quelque temps à se faire prendre au sérieux... par un oculiste!

Malheureusement Didier, qui exerçait sous le nom de : docteur de Nancy — eut l'idée de s'affubler en outre de la qualité de « professeur à la Faculté de médecine ». C'était

chite compliquée d'adénopathie ayant amené une compression veineuse. Ce ne fut qu'au bout de quelques jours, les râles du poumon étant un peu dissipés, l'enfant un peu acclimaté dans la salle se prêtant à l'examen, qu'il fut possible de mieux analyser les bruits cardiaques et de découvrir la véritable cause de la cyanose. A la pointe, on n'entendait guère qu'une sorte de murmure confus, mal défini, important cependant par sa persistance, par son contraste avec la netteté ordinaire des battements cardiaques. A la base, on trouvait, au contraire, un bruit de souffle bien net, à timbre grave, ayant son maximum à gauche du sternum, se propageant, suivant une ligne étendue du mamelon à l'épaule, non perceptible en arrière. Nous avions donc conclu à une malformation du cœur, avec inocclusion du trou de Botal et rétrécissement de l'artère pulmonaire.

L'enfant succombait, le 21 décembre, à une de ses crises de suffocation et son autopsie démontrait une série de malformations cardiaques des plus intéressantes. La communication entre l'oreillette droite et l'oreillette gauche existe bien, mais elle a lieu non au niveau du trou de Botal, mais un peu au-dessous. La forme de l'ouverture est assez singulière; elle se trouve au bord d'une sorte de cul-de-sac partant de l'oreillette droite; l'orifice laisse passer le petit doigt. Il existait de plus, entre le ventricule droit et le ventricule gauche, une autre communication. L'orifice situé immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes laisse passer un gros crayon. Le trajet interventriculaire, comme le trajet interauriculaire, est nettement tracé, revêtu d'une membrane d'aspect séreux qui exclut toute idée de perforation accidentelle.

L'artère pulmonaire est très petite, rétrécie, presque filiforme à son origine, elle ne se dilate que plus loin en arrivant vers le poumon; ses valvules sigmoïdes sont à peine ébauchées. L'aorte, au contraire, offre un volume considérable; elle recevait, en effet, l'impulsion du cœur droit et du cœur gauche, et son rôle se trouvait exagéré. Le canal artériel est oblitéré.

En même temps que ce petit enfant, nous avions dans la salle un autre

---

trop! Un curieux consulta la liste des professeurs, constata sans peine que le docteur de Nancy ne figurait pas parmi eux et confia le résultat de ses recherches à la police. On découvrit alors que le prétendu médecin était tout simplement un escroc, recherché pour divers méfaits, et dont le casier judiciaire n'était pas précisément vierge.

C'est pourquoi Didier a comparu devant le tribunal correctionnel, qui lui a infligé la peine que nous avons mentionnée au début de ce paragraphe.

Cette peine est plus sévère que celles qu'on est habitué à voir accorder aux charlatans pour exercice illégal de la médecine. Faut-il y voir un indice d'une tendance de la justice à une plus grande sévérité? Ne nous hâtons pas de nous réjouir. C'est plutôt l'escroc que le charlatan qui a été puni, bien sûr.

*
* *

Les homicides par imprudence de la part des pharmaciens deviennent de plus en plus rares, et nous ne pouvons que les féliciter de montrer plus d'attention à exécuter leurs prescriptions. Ils savent que la moindre faute peut avoir des conséquences graves; l'oubli d'une étiquette, par exemple, comme dans le fait suivant.

Un pharmacien de Z....., nommé X....., a comparu devant le tribunal correctionnel de Vienne, sous l'inculpation d'homicide par imprudence. M. X... avait remis, le 12 octobre dernier, à une dame F..., pour une de ses voisines, six paquets de tue-mouches, consistant en une poudre blanche à base arsenicale, et, à une demoiselle M...,

enfant âgé de 4 ans que je crois également atteint de malformation cardiaque, probablement de persistance du trou de Botal. On trouve, en effet, à la partie moyenne du cœur, un souffle doux en jet de vapeur en soupape qui s'entend non seulement en avant, mais en arrière de la poitrine. La coloration de cet enfant est particulière; c'est une pâleur mate offrant à peine, surtout vers les paupières, un léger reflet bleuâtre. C'est pour ce cas que j'ai proposé le nom de cyanose blanche! Cet enfant supporte bien sa lésion; il offre un peu de bronchite chronique, mais il n'a jamais eu les accès de dyspnée de notre premier petit malade. C'est que chez lui l'artère pulmonaire semble normale et qu'elle assure, à un degré suffisant, la circulation pulmonaire et l'oxygénation du sang. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire joue, en effet, dans la façon dont est supportée la communication interauriculaire et même interventriculaire un rôle des plus importants.

Cet enfant est âgé de 4 ans, un certain nombre de sujets atteints de malformations du cœur atteignent, en effet, un âge assez avancé (1). J'en ai observé des exemples chez des enfants que j'ai pu suivre jusqu'à l'âge de 17 et 20 ans. Smith, dans une statistique importante, a pu réunir 186 cas de cyanose; la mort est survenue 67 fois avant un an, 54 fois entre un an et 10 ans, 41 fois entre 10 et 20 ans. Mais 20 des malades n'ont succombé qu'entre 20 et 40 ans, 4 ont dépassé cet âge. La cyanose n'est donc point incompatible avec une existence assez prolongée. Elle constitue cependant toujours une infirmité, une cause de danger permanent. Il faut imposer aux enfants qui en sont atteints une hygiène spéciale, bien des symptômes de la cyanose fournissent même des indications thérapeutiques précises et vous auriez le plus grand tort de regarder cette affection, qui n'est pas absolument rare, comme une curiosité pathologique sans intérêt pour la pratique pure.

Au point de vue hygiénique, vous avez à remplir deux indications assez contradictoires : 1° éviter tout ce qui peut augmenter le travail et la fatigue du cœur;

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, 1888, p. 151.

---

un paquet contenant un remède antilaiteux destiné à une femme R..., qui venait de mettre son enfant en nourrice.

Les paquets ne portant aucune marque, Mlle M..., qui s'était chargée de la commission de la femme F..., fit erreur dans la distribution des paquets, et Mme R... absorba dans une infusion le contenu d'un des paquets de tue-mouches. Le pharmacien, prévenu le lendemain, fit administrer un énergique contrepoison, mais trop tard, car Mme R... mourut trois jours après. M. X... a été condamné à 100 francs d'amende pour infraction à la loi de 1845 et à l'ordonnance de 1846, concernant la marque particulière que l'on doit apposer sur les paquets pour l'usage externe, à 400 francs d'amende pour homicide nvolontaire et à 1,800 francs de dommages-intérêts.

*
* *

L'Académie s'étant beaucoup occupée dernièrement des causes de la dépopulation de la France, nous croyons devoir attirer l'attention sur une cause qui paraît exercer une grande influence sur la diminution de la population indigène dans la Nouvelle-Zélande. C'est, le croirait-on, le corset qui est cette cause. Voici comment :

Les associations de femmes missionnaires anglaises se sont singulièrement multipliées dans les tribus maories. L'un des premiers enseignements que ces femmes missionnaires ont donnés à leurs sœurs des mers du Sud a été l'usage du corset.

Les Maories, avec leur nature primitive, ont tout naturellement porté à l'excès le ser-

2° assurer par un exercice suffisant le développement de l'enfant prédisposé de par son affection à rester chétif et débile. Tous les exercices violents : gymnastique, course, escrime, équitation seraient très mal tolérés; l'hydrothérapie ne saurait être employée qu'avec des ménagements excessifs. En revanche, les frictions sèches, les massages quotidiens sont excellents. Vous devez, de plus, faire prendre les plus grandes précautions à l'égard des refroidissements; la moindre bronchite pouvant entraîner les accidents d'asphyxie les plus graves. Mais vous n'oublierez pas, d'autre part, que des précautions trop grandes amèneraient vite une susceptibilité extrême. A cet égard encore, par le choix d'un climat favorable, par les frictions cutanées, vous pourrez rendre à l'enfant les plus grands services. L'appareil digestif ne mérite pas des ménagements moins grands que l'appareil pulmonaire; une indigestion, une constipation un peu prolongée suffiraient à détruire l'équilibre toujours instable de la circulation.

Les enfants atteints de malformations congénitales du cœur ont une grande tendance à l'apathie, à la somnolence. Respectez jusqu'à un certain point cette tendance et permettez-leur, en particulier, un sommeil prolongé. Un défaut trop complet d'exercice et surtout d'exercice au grand air deviendrait toutefois nuisible en favorisant la prédisposition très marquée qu'ils offrent à la tuberculose. C'est surtout quand il existe un rétrécissement de l'artère pulmonaire que la tuberculose trouve chez eux, par suite de l'entrave apportée à la circulation du poumon, un terrain favorable. Vous lutterez contre cette prédisposition, tant par des précautions extrêmes à l'égard de toute contagion, que par une alimentation et une aération suffisantes. Par suite des troubles apportés à la circulation cutanée, il est fréquent aussi d'observer chez ces enfants des ulcérations tenaces survenant sous l'influence du froid, d'une irritation. Rappelez-vous bien, quand quelque complication pulmonaire vous oblige à prescrire des révulsifs, cette vulnérabilité de la peau et ne les employez qu'avec grandes précautions

Parmi les médicaments le plus précieux est la digitale, donnée d'une façon intermittente, pendant quelques jours chaque fois que leur cœur faiblit.

---

rage du corset, qui est devenu pour elles une véritable machine à compression. De là des avortements de jour en jour plus fréquents et une diminution notable de la natalité.

*
* *

Encore un remède secret, auquel on paraît attacher une importance qui ressemble un peu à une *charge*. Les journaux profanes (vous connaissez la signification de ce mot, n'est-il pas vrai?) racontent que l'empereur Guillaume a reçu la visite d'un coiffeur du nom de Rieger, de Glogau, qui venait l'entretenir d'un mode de guérison secret de la diphthérie qui aurait, assurait-il, d'après des témoignages authentiques, fait merveille parmi les malades diphthériques, à Glogau et dans les environs. La découverte est due au père de Rieger, un ancien berger. L'empereur aurait promis à son visiteur de lui fournir le moyen de faire expérimenter son remède à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance des docteurs Koch et Bergmann.

*
* *

Voici qui est plus gai, pour finir. Je crois vous avoir raconté qu'en pays M'zabite le mari ne doit partir pour un long voyage qu'après avoir fécondé sa femme, et à son retour il accepte la paternité d'un enfant né seize à dix-huit mois après son départ. En pays chrétien, les maris sont moins confiants et réclament de leur médecin une explication scientifique de certaines ressemblances de leurs rejetons.

Chez un enfant de 3 ans, ne dépassez pas la dose de quinze gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de scille et de teinture de digitale. Suspendez le médicament au bout de huit à dix jours.

Comme toniques, il est utile de donner un peu d'iode à très faibles doses, du vin de quinquina, mais d'une façon intermittente avec de longues périodes de repos. Le vin de quinquina doit toujours être donné étendu d'eau pour éviter la constipation et l'irritation de l'estomac. L'arsenic et le phosphate de chaux sont également utiles. Mais tous ces médicaments doivent être donnés en les alternant, en suspendant leur action de temps à autre pour éviter la fatigue et l'intolérance.

Par l'emploi de ces deux ordres de moyens hygiéniques et médicamenteux vous pourrez, dans bien des cas, assurer aux enfants, non seulement une survie assez longue, mais une existence tolérable. Réservez néanmoins toujours votre pronostic et prévenez les familles que l'affection primitive persiste et que l'amélioration obtenue, toute complète qu'elle soit, reste à la merci du moindre incident qui augmentera le travail du cœur.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par F. Rilliet et E. Barthez. Troisième édition, par E. Barthez et A. Sanné. Tome III et dernier. — F. Alcan, 1890.

Ce labeur écrasant et méritoire de remettre au courant des connaissances contemporaines l'ouvrage admirable qui a formé tant de générations médicales à la pratique de la pédiatrie est enfin terminé, et nous sommes heureux d'en féliciter notre collègue M. A. Sanné, sur lequel a dû peser presque tout le poids de cette dernière édition.

Pour se rendre un juste compte de l'importance de cette réédition, il suffit de remarquer que le tome III de la deuxième édition ne contenait que 900 pages et que celui-ci se compose de 1,300. Ce tome III traite des *maladies générales aiguës spécifiques* (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, diphthérie, oreillons, coqueluche, purpura) et des *maladies constitutionnelles* (rhumatisme, tuberculose). Autant qu'on peut en juger en parcourant

Le *Mercredi médical* cite deux faits, l'un d'origine américaine et de date toute récente, l'autre plus ancien, mais bien autrement probant.

Le docteur Grau Danforth a rapporté un cas dans lequel un enfant ressemblait exactement à un monsieur qui, à un diner, était assis en face de la mère. D'après l'auteur, la question de paternité ne peut être mise en doute : la mère ne nourrissait certainement aucun sentiment affectueux pour le monsieur, qui avait les cheveux roux et des taches de rousseur.

Une impression maternelle de ce genre fait les frais d'une amusante histoire. Une dame blanche, mariée à un homme blanc, eut, comme envie de grossesse, l'envie d'aller tous les jours, avec son mari, contempler assidûment le nègre-horloge de la porte Saint-Denis. Lorsque l'enfant vint au monde, l'accoucheur éprouva quelque embarras à annoncer au père que son rejeton était un peu mulâtre. Il débuta par des périphrases, mais vite fut interrompu par le père anxieux, qui demanda : « Vous allez me dire qu'il est nègre? » — « Mon Dieu, oui, répondit le docteur. » — « Là, j'en étais sûr », conclut le mari.

Ceci n'est peut-être pas absolument nouveau, mais que voulez-vous? Je suis sûr que tout le monde ne le sait pas, et que ceux qui le savent souriront encore en le relisant. Me suis-je trompé?

Simplissime.

un si considérable ouvrage, il nous a semblé qu'il ne laissait rien à désirer au point de vue de l'addition des documents récents à la première œuvre classique. Mais nous ne pensons pas faire tort à l'entreprise de M. Sanné, dont l'érudition est aussi riche que possible, en disant qu'après avoir parcouru cette réédition nous n'avons pas trouvé un moindre plaisir à relire tel chapitre de la première ; tant il est vrai que l'exactitude des descriptions cliniques est une qualité qui défie les atteintes du temps, et nous résumerons notre jugement en disant qu'un médecin d'enfants se trouvera bien d'avoir dans sa bibliothèque la première et la troisième édition de cette œuvre maîtresse, glorieuse pour la littérature médicale française. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de paralysie nucléaire traumatique, par Eissen (*Annales d'oculistique*, septembre et octobre 1890). — Coexistence d'un état irritatif des muscles droits internes, de la paralysie partielle du droit supérieur et de la paralysie totale de tous les muscles externes innervés par l'oculo-moteur, ainsi que du trochléaire. Elévateur de la paupière non paralysé. Cet état, développé chez un garçon de 3 ans à la suite d'une chute sur le front, est resté stationnaire depuis dix-neuf ans.

Doivent être détruits : les départements du noyau oculo-moteur, qui innervent les droits interne et inférieur, et l'oblique inférieur. Est fortement atteint : le groupe cellulaire destiné au droit supérieur. Fonctionnent seuls : le noyau de l'élévateur palpébral, du muscle accommodateur et du sphincter irien. Le foyer a atteint la partie postérieure du noyau de l'oculo-moteur et s'étend du côté médian un peu plus avant que latéralement. Il laisse libre la partie antérieure qui, d'après Heubner, possède un système vasculaire spécial. Le foyer s'étend en arrière du noyau de l'oculo-moteur, car le trochléaire du même côté est totalement paralysé.

Ce cas est une contribution clinique importante à la question du trajet des fibres du trochléaire, encore sous le coup des controverses. Un entre-croisement complet est admis par certains auteurs; il est partiel pour les autres.

Si cette dernière assertion était vraie, le trochléaire du côté opposé devrait réagir encore. Or, il est totalement paralysé. L'entre-croisement est donc total ou il n'existe pas. L'auteur adopte les données de Mauthner, pour qui les nerfs de la musculature oculaire siègent pour chaque œil du même côté, ainsi que leurs noyaux d'origine. Eissen croit à l'existence, dans son cas, d'une hémorrhagie traumatique primitive. Ultérieurement, il peut s'être formé une cicatrice, un kyste, une dilatation vasculaire, un petit anévrysme dans le voisinage immédiat du noyau oculo-moteur. Le courant sanguin serait la cause irritative. — P. N.

Ophthalmoplégie unilatérale totale après l'influenza, par Schirmer (*Annales d'oculistique*, septembre et octobre 1890). — Paralysie complète, chez une femme de 64 ans, de l'oculo-moteur, du trochléaire et de l'abducteur, paralysie incomplète du trijumeau et probablement du facial. Les nerfs ont dû être influencés à la base du crâne, probablement par une hémorrhagie. Des vomissements violents avaient précédé l'apparition de l'ophthalmoplégie. Ont-ils causé l'hémorrhagie ou en sont-ils la conséquence ? On sait que, dans beaucoup d'influenzas, il y a prédisposition aux hémorrhagies.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1890. — Présidence de M. Leudet, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine; — de la part de M. Dubuc, une brochure intitulée : *Deux cas de lithotritie chez la femme.*

— M. le Président fait part à la Société des distinctions qui ont été accordées à plusieurs de ses membres par l'Académie de médecine :

Service des eaux minérales : Médaille d'argent, M. Bouloumié (Vittel). — Rappel de médaille de bronze, M. Bovet (Pougues).

Hygiène de l'enfance : Médaille de vermeil, M. Rouvier (de Beyrouth). — Rappel de médaille de vermeil, M. Blache.

— A propos du procès-verbal, M. P. Duroziez s'exprime ainsi :

« Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 19 décembre 1890, M. Debove a fait une communication sur un cas de tachycardie essentielle. MM. Huchard, Rendu, Faisans, Guyot en ont cité sept cas. Tous admettent (nous sommes de leur avis) une névrose bulbaire ou bulbo-spinale. La tachycardie essentielle paroxystique est incapable de représenter une lésion du bulbe, de la moelle et du grand sympathique; elle dit pouls fréquent, pas plus. L'expression est mauvaise, bien qu'elle s'adresse au cœur.

La tachycardie essentielle paroxystique est l'autre pôle du goître exophthalmique, expression également mauvaise; les cas frustes se présentent vite; on a tenté d'enserrer la maladie qui échappe partout sous mille déguisements. Malin sera celui qui endiguera le bulbe, la moelle et le grand sympathique. Il faudrait inventer autant de noms baroques qu'il y a d'individus atteints.

On n'a pas fait ressortir l'analogie, la parenté entre la tachycardie et le goître exophthalmique, ces deux frères ennemis. Nous trouvons toutes les transitions entre l'une et l'autre. Nous ne savons plus à qui des deux nous avons affaire; nous savons que le grand sympathique est en action.

M. Debove a montré le rétrécissement pupillaire au lieu de la dilatation du goître exophthalmique; il ne parle pas des battements exagérés des carotides et du pouls veineux dans la tachycardie. Le goître exophthalmique est sous roche.

Les trois cents pulsations comptées dans beaucoup de cas sont douteuses. N'insistons pas.

M. Bouveret, ne voyant que la tachycardie, a imaginé la paralysie du pneumogastrique; là était le danger. Si on maintient le terme tachycardie essentielle paroxystique, on retombera dans la même faute.

Névrose du grand sympathique, palpitations, c'est bien.

Par palpitations, Sénac, que je n'ai jamais admiré autant que dans cette rencontre, n'entend pas seulement les mouvements violents du cœur; tout mouvement anormal est palpitation. Les tremblements sont des palpitations. Dans son article modèle qui laisse loin derrière lui nos petites conceptions, il passe en revue les névroses de toutes sortes et n'en oublie aucune, pas même la tachycardie essentielle paroxystique, à laquelle il se garde de donner un nom; si, à chaque forme nouvelle, il eût donné une pareille épithète, on eût été arrêté au bout de trois lignes. Sénac marchait appuyé sur les anciens, ne créait pas de mots, se contentait des usuels. Je le vois présidant nos séances et entendant discuter sur les avantages de la tachycardie.

Il indique les pulsations fortes des carotides, les pulsations faibles des radiales et des crurales. « Chez les enfants, les palpitations sont fort rares; il n'y a que la jeunesse, la vigueur de l'âge, son déclin, qui soient le vrai temps des palpitations; elles sont fréquentes chez les hommes de 25, 30, 40 ans, et encore bien plus communes chez ceux de 60, 70 ou davantage. »

En ce temps-là, on ne comptait pas le pouls; nous ne trouvons aucun chiffre dans l'article de Sénac, pas même les 300. Vous lui feriez les honneurs du goître exophthalmique qui n'existait pas de son temps, puisqu'il n'en a pas parlé.

« Le mot *palpitation* du cœur, dit Laënnec, dans le langage médical usuel, peut être défini un battement du cœur sensible et incommode pour le malade, plus fréquent que dans l'état naturel, et quelquefois inégal sous les rapports de fréquence et de développement... Dans beaucoup de cas, les palpitations consistent uniquement dans l'augmentation de fréquence des battements du cœur. Leur force n'est pas d'ailleurs plus

grande que dans l'état naturel; et la main appliquée à la région précordiale ne sent absolument rien, quoique le malade imagine, d'après la sensation qu'il éprouve, que son cœur bat beaucoup plus fort qu'à l'ordinaire. Cette espèce de palpitations a surtout lieu chez les personnes attaquées de dilatation des ventricules du cœur. C'est celle de toutes qui dure le plus longtemps. J'ai vu une palpitation de cette espèce persévérer, sans aucun intervalle, pendant huit jours chez une religieuse âgée d'environ 70 ans ; le pouls, extrêmement petit et faible, battait constamment pendant tout ce temps de 160 à 180 fois par minute. »

Laënnec se contentait du mot, palpitations, pour décrire cet état soi-disant nouveau qui n'a de nouveau que le nom. Nous reconnaissons le tissu, la marque seule a été changée.

Laënnec insiste sur les battements exagérés des artères, mais ne dit pas palpitations. Il n'y a pas la tachycardie, il y a des tachycardies dont le nombre ira croissant. Lebert a proposé pour le goître exophthalmique le nom de tachycardia strumosa. Bouveret propose tachycardie essentielle paroxystique pour une lésion qui n'existe pas isolée pour lui, puisqu'il admet la paralysie du pneumogastrique. Demain nous proposera la tachycardie fébrile. Tout ce qui relève du grand sympathique demandera sa ligne dans la table des tachycardies. Nous nous soumettrons sans enthousiasme, en maugréant contre M. Bouveret, à qui je serre cordialement la main. »

— M. Jullien lit un mémoire intitulé : *Du traitement des chancres par l'excision,* à l'appui de sa candidature au titulariat. (Renvoyé à une commission composée de MM. Horteloup, Trousseau, Wickham, rapporteur.)

— M. Leudet se fait remplacer au fauteuil par M. Duroziez et lit un mémoire intitulé : *Les phthisiques et le bacille tuberculeux.* (Sera publié.)

M. Reliquet : Il y a des tuberculeux chez lesquels la maladie marche avec une rapidité extraordinaire, et cependant, à aucune époque, les examens bactériologiques ne donnent de bacilles. J'ai soigné un médecin, qui avait une tuberculose des glandes séminales et qui mourut de phthisie pulmonaire; jamais on ne put découvrir de bacilles.

M. Gillebert-Dhercourt : J'ai soigné une femme phthisique chez laquelle l'examen microscopique le plus attentif n'a jamais décelé le bacille.

M. Polaillon : Il en est de même dans les tuberculoses chirurgicales; rarement on découvre le bacille dans le pus, et cependant ce pus, inoculé à un lapin, lui donne sûrement la phthisie: preuve qu'il était bien tuberculeux, quoique sans bacilles.

M. Leudet : Quand le phthisique crache beaucoup, a beaucoup de pus, les bacilles sont rares ou même manquent complètement. Les microbes vulgaires du pus remplacent alors celui de la tuberculose.

M. Reliquet : Il en résulterait que le bacille n'est pas la cause de la détérioration des tissus. Le nombre des bacilles ne signifie rien, tout est une question de terrain.

M. Ladreit de Lacharrière : Dans certaines phthisies pulmonaires, il n'y a pas de bacilles dans les crachats, et cependant on est en droit de conclure à la tuberculose. Mais pour les suppurations externes, je crois qu'on les considère trop facilement comme tuberculeuses; quand elles ne renferment pas le bacille, elles ne le sont pas. Chez les enfants de mon service, les suppurations de l'oreille sont fréquentes. Dans les unes, je trouve le bacille de Koch, ce sont des suppurations tuberculeuses. Mais quand le bacille manque, ce sont des suppurations d'autre nature.

M. Dubuc : Il faut cependant, tout en laissant aux faits cliniques toute leur valeur en dehors du bacille, tenir compte des inoculations. Quand un lapin inoculé avec le pus pris sur un malade devient tuberculeux, il faut admettre que le malade l'est également.

La discussion sur la tuberculose reste ouverte.

— La séance est levée à cinq heures et demie.'

FORMULAIRE

Poudre contre la fièvre des foins. — Philpots.

Acide borique pulv................................ 2 grammes.
Salicylate de soude pulv........................ 2 gr. 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne pulv.................. 0 gr. 12 centigr.

F. s. a. une poudre composée, que l'on insuffle dans les fosses nasales des personnes atteintes de rhino-bronchite spasmodique. — Contre les manifestations oculaires, collyres au sulfate de cuivre ou au sulfate de zinc. — Respirer dix gouttes d'iodure d'éthyle sur un mouchoir, ou bien trois à six gouttes de nitrite d'amyle, dès le début de la crise. — Eloigner le malade de l'endroit où l'accès s'est déclaré. — N. G.

COURRIER

Facultés de médecine. — *Bourses d'étude.* — A la date du 6 décembre sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1890, boursiers près les Facultés de médecine ci-après désignées les candidats au doctorat dont les noms suivent.

Faculté de médecine de Paris. — 1re année : M. Roux (L.-J.-Ch.), bourse entière. — 2e année : MM. Gosset (A.-L.-Ch.-S.), bourse entière; Rosenthal (G.-F.-L.), demi-bourse; Manoury (J.-F.-L.), demi-bourse; Lafont (A.-A.), demi-bourse; Prodhon (E.-P.-J.), demi-bourse. — 3e année : MM. Baruk (I.-N.), bourse entière; Martin (Ch.-M.), bourse entière; Dujarier (L.-Ch.-A.-A.), bourse entière; Poix (J.-M.-J.-G.), bourse entière; Chastenet (P.-L.), demi-bourse; Mlle Leclerc (Virginie-Jeanne), demi-bourse; M. Auclair (Ch.-M.-J.), demi-bourse. — 4e année : MM. Bruswic (J.), bourse entière; Jorand (Am.-C.), demi-bourse. — 5e année : MM. Haury (M.-A.), demi-bourse; Finet (M.-A.-P.), demi-bourse; Griner (A.), bourse entière; Cange (G.-E.-H.), demi-bourse.

Faculté de médecine de Bordeaux. — 2e année : M. Briem (J.-M.), bourse entière. — 3e année : MM. Larre (H.-F.), bourse entière; Rastouil (A.-L.-P.), demi-bourse; Brindel (E.-V.-A.), demi-bourse; Donadieu (Ant.-Alb.), demi-bourse; Breffeil (J.-H.-G.), demi-bourse. — 4e année : MM. Riffé (J.-L.-E.), demi-bourse; Lerégé (J.-H.), demi-bourse. — 5e année : M. Cousin (J.-N.-Ant.), demi-bourse.

Faculté de médecine de Lille. — 1re année : M. Tonnel (E.-S.-L.), bourse entière. — 2e année : M. Lozé (P.-F.-A.), bourse entière. — 3e année : M. Masset (A.-A.), bourse entière. — 4e année : M. Gaudrier (L.-C.), demi-bourse.

Faculté de médecine de Lyon. — 1re année : M. Challiot (E.), bourse entière. — 2e année : MM. Goujon (L.), bourse entière; Dupont (Fr.-A.-E.), demi-bourse; Bérard (L.-E.), demi-bourse. — 4e année : M. Roux (J.-J.), bourse entière.

Faculté de médecine de Montpellier. — 1re année : M. Gaussel (A.-F.-H.), demi-bourse. — 4e année : MM. Vedel (M.-J.-V.), demi-bourse; Cavalié (J.-F.), demi-bourse.

— MM. les docteurs Libert (Orne), Levrey (Haute-Saône), ont été élus sénateurs au scrutin du dimanche 5 janvier.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

La neurasthénie (1).

I

La neurasthénie, ou épuisement nerveux, est une maladie du système nerveux, sans lésion organique, pouvant atteindre toutes les parties de ce système, et caractérisée par un affaiblissement durable de la force nerveuse pouvant aller depuis un amoindrissement léger et limité, jusqu'à la prostration générale et profonde. Aux symptômes de dépression s'ajoutent presque toujours des symptômes d'excitation, association très exactement désignée sous le nom de *faiblesse irritable*.

L'observation clinique autorise à attribuer les symptômes propres aux états neurasthéniques à un trouble intime de la nutrition des éléments du système nerveux (Erb), à un appauvrissement de la force nerveuse, à un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation des éléments nerveux (Beard), et surtout, du moins dans les formes cérébrales de la maladie, à un affaiblissement durable de ces centres cérébraux supérieurs qui gouvernent et modèrent l'activité des autres centres nerveux, encéphaliques, médullaires et sympathiques.

II

La neurasthénie, si l'on tient compte de ses formes légères, est une maladie commune, surtout dans tous les pays civilisés où la lutte pour l'existence sollicite une activité exagérée des fonctions du système nerveux.

Elle peut se développer chez un individu jusque-là indemne, en dehors de toute influence héréditaire, sous l'influence du surmenage des centres nerveux. Cependant l'action de l'hérédité est fréquente, et on rencontre dans les antécédents soit la neurasthénie elle-même, soit quelques-unes de ces affections nerveuses qu'on voit se succéder dans la famille névropathique.

La forme héréditaire peut se montrer en dehors des causes communes de la maladie et débuter de 15 à 20 ans, pendant l'adolescence. Les formes acquises sont observées à une période plus avancée de la vie, de 30 à 50 ans.

La race juive et la race slave sont surtout prédisposées à la neurasthénie. Certaines professions y exposent aussi davantage ; ce sont celles qui ont pour caractère commun d'exiger une somme de travail intellectuel consi-

(1) Résumé de leçons professées par M. le docteur Bouveret, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et publiées par la *Province médicale*.

dérable et d'engendrer des préoccupations morales vives et de longue durée.

Le fonctionnement exagéré du cerveau, dans la sphère des facultés affectives et dans celle des facultés intellectuelles, telle est la cause occasionnelle la plus commune et la mieux établie de l'épuisement nerveux. Mais il faut naturellement tenir compte des individualités, et tout le monde sait qu'il y a des cerveaux doués d'une moindre résistance que d'autres. Les mauvaises méthodes d'instruction, les excès de travail intellectuel, le surmenage dans la sphère des facultés affectives, les pertes d'argent, les déceptions de toute nature, les revers de fortune ont une influence prédisposante puissante. Il en est de même, du reste, de l'abus des plaisirs et de toutes les jouissances de la vie.

La neurasthénie n'est pas rare chez les alcooliques, chez ceux qui font abus du tabac, de la morphine, de l'éther, du chloroforme, de la cocaïne. Le travail musculaire exagéré peut aussi être cause d'épuisement nerveux, et il est de connaissance vulgaire que les excès sexuels ont aussi la plus fâcheuse influence.

Les affections péri-utérines et utérines n'occupent qu'un rang très secondaire parmi les causes de la neurasthénie. Dans la grande majorité des cas, les douleurs locales, les névralgies, l'excitation sexuelle sont bien plus des symptômes que des causes de la neurasthénie féminine. Si un spécialiste s'acharne après ces mêmes accidents locaux, la patiente arrive à avoir, selon l'expression de M. Playfair, un pessaire au cerveau, et les troubles fonctionnels du système nerveux s'exagèrent de plus en plus.

La dyspepsie nerveuse, légère ou grave, accompagne presque toujours les autres symptômes neurasthéniques. Quoi qu'on en ait dit, les troubles gastro-intestinaux, les symptômes de la dyspepsie nerveuse sont secondaires et le plus souvent dominés, comme les troubles de l'appareil génital, par une perturbation initiale du système nerveux. Il n'est pas rare de voir la dyspepsie nerveuse débuter brusquement, en même temps que la céphalée, l'insomnie et la dépression intellectuelle, à la suite d'une de ces secousses morales, violentes qui sont les causes communes de la neurasthénie. Souvent les phénomènes dyspeptiques, du moins dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale, suivent parfois d'une façon remarquable les variations des symptômes cérébraux. La dyspepsie dite nerveuse doit donc être envisagée, quand elle accompagne les symptômes neurasthéniques, non comme une cause, mais bien comme le résultat d'un trouble primitif survenu dans les fonctions du système nerveux.

Des états neurasthéniques bien caractérisés peuvent s'associer au tabès spasmodique, à l'ataxie locomotrice, à la paralysie générale spinale antérieure de Duchenne.

On discute beaucoup, en ce moment, sur la nature de certains troubles nerveux fonctionnels observés à la suite des grands traumatismes. M. Charcot pense avec raison que ces troubles n'ont de spécial que la cause qui les engendre, le traumatisme, et qu'une analyse clinique approfondie en démontre l'identité parfaite avec les symptômes de l'hystérie et de la neurasthénie spontanée. On peut donc considérer comme bien établi que le traumatisme est capable de développer un état neurasthénique, et cet état ne diffère de la neurasthénie spontanée que par l'adjonction fréquente de symptômes hystériques.

Les cas de neurasthénie deviennent de plus en plus fréquents. Cela tient

à ce que les causes qui en provoquent le développement sont de jour en jour plus communes et plus actives.

III

Il existe un certain nombre de types cliniques de neurasthénie.

1° *Neurasthénie féminine.* — Un tableau très saisissant de cette forme a été tracé par Weir Mittchell. « Une femme, le plus souvent entre 20 et 30 ans, est soumise pendant un certain temps à des tourments ou à des fatigues continues. Quelle que soit l'origine de son état, la malade devient maigre et pâle; elle mange peu ou, si elle mange, elle ne profite pas de ses aliments. La couture, l'écriture, la lecture, la promenade, tout la fatigue, et peu à peu le canapé ou le lit devient son seul confort. Tout effort lui coûte; elle souffre partout et réclame incessamment stimulants et toniques. Si les troubles utérins n'ont pas ouvert la scène, ils se produiront bientôt, et le traitement qu'on leur applique est ordinairement inutile, quand les moyens généraux mis en usage pour relever l'organisme manquent leur but. La dyspepsie et la constipation compliquent le traitement. La femme la plus forte s'affaisse sous l'influence d'une faiblesse croissante et la dégradation morale qui fait suite à un tel état fait vraiment pitié. »

C'est surtout par des excitations répétées dans la sphère affective que les femmes sont conduites à l'épuisement nerveux, surtout quand, à ces excitations, s'ajoute la fatigue physique. Quand la maladie dure longtemps, la volonté s'affaiblit de jour en jour, et la patiente devient le jouet de ses moindres sensations et n'a plus souci que de ses propres souffrances. Une sorte d'atmosphère morale très nuisible s'établit autour de la patiente et résulte à la fois et de l'amoindrissement de son énergie morale, et de la sympathie et de la tendresse exagérées de son entourage.

2° *Neurasthénie traumatique.* — La neurasthénie traumatique se distingue par l'adjonction fréquente de symptômes hystériques. Cette forme est assez commune ; elle peut être observée à l'hôpital, tandis que la plupart des autres formes de l'épuisement nerveux appartiennent plus exclusivement à la pratique de la ville. Il y a quelques variétés suivant la prédominance plus ou moins marquée des symptômes hystériques. La résistance à tout traitement, l'extrême ténacité des troubles nerveux sont des caractéristiques de la neurasthénie traumatique. La plupart des malades sont, comme le dit M. Charcot, perdus pour la vie sociale. Ils traînent, pendant des années, leur misérable existence, toujours accablés, toujours attristés, incapables de se livrer d'une façon suivie à quelque occupation sérieuse, objets d'inquiétude constante pour leurs familles. Quelques-uns finissent par le suicide.

3° *Neurasthénie commune.* — Dans cette variété, les symptômes sont nombreux, variables, étranges, si diversement combinés qu'il n'y a pas deux cas de cette forme entièrement comparables. On voit se succéder, pendant de longues années, de nombreuses associations de troubles fonctionnels du système nerveux. Les symptômes gastriques et intestinaux jouent un grand rôle, mais il est évident qu'ils sont secondaires et procèdent de l'épuisement général du système nerveux, bien loin qu'on puisse les considérer comme l'origine des autres troubles nerveux, cérébraux, médullaires et vaso-moteurs. Les préoccupations hypochondriaques font aussi partie du tableau clinique, mais elles y présentent des caractères tels qu'elles ne peuvent être confondues avec l'hypochondrie vésanique.

Les associations des symptômes neurasthéniques varient non seulement chez le même malade, mais aussi d'un malade à l'autre, de telle sorte que, si l'on met à part les formes féminines et traumatiques, on peut dire qu'il n'y a pas deux cas qui se ressemblent entièrement.

IV

Les symptômes de la neurasthénie sont excessivement nombreux, mais il y en a quelques-uns qui sont beaucoup plus fréquents que les autres et qui, presque constants, méritent le nom de stigmates neurasthéniques. Il faut les étudier tout d'abord.

1° *Céphalée.*—Elle est excessivement fréquente, mais le plus souvent la douleur n'est pas très intense. C'est plutôt une sensation pénible de pesanteur, de plénitude, de constriction; on a alors ce que M. Charcot appelle « le casque neurasthénique ». Quelquefois, cependant, le mal de tête est très intense, mais alors la douleur est limitée, soit au front, soit à l'une des fosses temporales, soit surtout à la nuque. La douleur de la nuque est excessivement fréquente et c'est un très bon signe de neurasthénie. La céphalée est quelquefois continue; cependant, chez beaucoup de patients, il y a des moments de répit. La plupart se réveillent le matin avec leur mal de tête et sont soulagés après le repas, l'amélioration durant, du reste, peu de temps. Le travail, l'effort intellectuel, le bruit, les émotions morales, etc., sont des causes d'exacerbation pendant lesquelles les sensations vertigineuses sont fréquentes. Souvent la migraine est associée à la céphalée.

2° *Insomnie.* — Ce symptôme fait souvent défaut dans la neurasthénie féminine, mais est presque la règle dans les formes de la maladie dues aux excès de travail intellectuel et aux passions déprimantes. Cette insomnie a des allures variables; beaucoup de malades ne commencent à goûter un peu de repos que vers le matin, puis ils se réveillent et se lèvent abattus et sans énergie, il leur semble qu'ils n'ont absolument pas dormi. D'autres fois, le malade ne dort que deux ou trois heures après qu'il s'est couché et demeure éveillé le reste de la nuit. Dans des faits très rares, la fatigue de travail se traduit par des attaques de sommeil invincible. Les rêves sont très fréquents et toujours plus ou moins pénibles. L'insomnie neurasthénique est extrêmement tenace et rebelle à tout traitement.

3° *Dépression cérébrale.* — Elle existe dans plusieurs formes de la neurasthénie et se traduit par l'affaiblissement et la fatigue précoces de toutes les facultés intellectuelles, la mémoire, l'attention, le jugement, la volonté et la résistance aux impressions morales. La diminution de la mémoire est fréquente et se montre souvent de bonne heure. L'affaiblissement de la volonté est encore plus manifeste et c'est la note caractéristique de l'état moral du neurasthénique. Le patient ne sait plus suivre la voie qu'il s'était tracée; tout obstacle l'arrête et le décourage. Le caractère est également changé et les mille petits ennuis de la vie sont autant de causes d'impatience, d'emportement et d'accès de mauvaise humeur.

4° *Affaiblissement de la motilité.* — La plupart des neurasthéniques se plaignent d'un affaiblissement général et notable de la force musculaire. A la suite d'une émotion légère, d'une fatigue physique modérée, souvent même spontanément, ils sont pris d'une sensation d'anéantissement, d'affaiblissement profond de toutes les forces, quelquefois avec une fatigue douloureuse dans les mollets, les genoux et les cuisses. Un caractère remar-

quable de la lassitude neurasthénique est qu'elle existe souvent le matin au réveil, comme si le patient n'avait pas passé la nuit dans son lit.

5° *Rachialgie.* — La douleur dans le dos est presque aussi commune que la céphalée. C'est une sensation de chaleur, de brûlure, de courbature souvent plus pénible que réellement douloureuse. Quelquefois cependant, la douleur est vive et comparable à la douleur lancinante des névralgies ; quelquefois aussi il y a une hyperesthésie très marquée de la peau. La rachialgie a des sièges de prédilection : la septième cervicale, les vertèbres lombaires, la région sacrée (plaque sacrée de Charcot). Enfin, la douleur peut occuper le coccyx.

6° *Dyspepsie par atonie gastro-intestinale.* — Les troubles neurasthéniques des voies digestives sont fort nombreux et se combinent de diverses façons, soit entre eux, soit avec les autres symptômes de l'épuisement nerveux. L'appétit est souvent diminué et la langue habituellement un peu saburrale. L'ingestion des aliments provoque, à des degrés divers, un ballonnement pénible de l'épigastre, puis de l'abdomen. Il y a des éructations gazeuses et la constipation est la règle. Quand cette dernière dure depuis longtemps, elle s'accompagne à peu près inévitablement de côlite glaireuse. Il y a deux formes de l'atonie gastro-intestinale d'origine neurasthénique. Dans la première, on ne constate pas autre chose que des troubles fonctionnels ; mais dans la seconde, forme grave, le patient maigrit, perd ses forces et les signes objectifs apparaissent. On peut constater, par l'examen méthodique de l'abdomen, le prolapsus et la dilatation de l'estomac, la flaccidité de la paroi abdominale antérieure, le prolapsus et la rétraction de l'intestin ; quelquefois le prolapsus des reins et du foie, c'est-à-dire ce complexus anatomique que M. Glénard a décrit sous le terme général d'entéroptose. Le plus souvent, le malade passe progressivement du premier au second degré de l'atonie gastro-intestinale ; mais il y a des cas, et ils ne sont pas très rares, dans lesquels, très peu de temps après le début des symptômes neurasthéniques, l'atonie gastro-intestinale a déjà franchi le premier degré.

A ces principaux stigmates de la neurasthénie, on peut ajouter encore deux autres symptômes, peut-être un peu moins constants, mais non moins caractéristiques : la dilatation habituelle de la pupille, qui réagit plus faiblement à la lumière, la décoloration avec refroidissement et sensation de froid des mains et des pieds. (*A suivre*).

BIBLIOTHÈQUE

Traité de diagnostic médical, par le professeur H. Eichhorst (de Zurich). Traduit et annoté sur la dernière édition allemande par MM. les docteurs A.-B. Marfan, chef de clinique médicale à l'hôpital Necker, et F. Weiss (de Cousances-aux-Forges), avec 267 figures sur bois. — G. Steinheil, 1890.

M. Steinheil, qui a publié il y a trois ans la traduction du *Traité de pathologie interne* en quatre volumes du savant médecin de Zurich, a complété l'œuvre en faisant traduire le Traité de diagnostic du même auteur, plus répandu encore en Allemagne que le premier.

Un ouvrage de ce genre ne se prête pas à l'analyse ; tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'il est très bien fait, clair et abondamment pourvu de figures explicatives.

Les lacunes qui existaient dans le texte original, par suite de l'oubli où les savants de

langue allemande laissent systématiquement ce qui vient de France, ont été judicieusement comblées par les notes complémentaires de notre collègue Marfan, qui, en se chargeant de cette besogne toujours ingrate, n'a pas perdu son temps, puisqu'il ajoute un bon manuel de séméiologie à ceux que nous possédions déjà. — P. Le Gendre.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NEUFCHATEL

Observations sur les processus syphilitiques du cerveau, par M. Burkhardt. — Virchow, dans son ouvrage classique sur les tumeurs, a distingué trois périodes dans la syphilis constitutionnelle, classification qui est encore en vigueur, sauf quelques modifications de second ordre.

La première, qu'il appelle irritative ou fluxionnaire ou hyperplasique, produit bien des lésions anatomiques des tissus et des troubles fonctionnels des organes, mais sans leur imprimer aucun cachet spécifique. Nous pouvons donc nous figurer que le virus syphilitique agit comme toute autre matière phlogogène, comme le virus tuberculeux, par exemple, en irritant simplement les tissus qui sont les *loci minoris resistentiæ*. A cette première période appartiennent :

1° Les hémorrhagies précoces, dont Lechner a donné un excellent exposé dans le second volume des *Psychiatrische Jahrbücher*.

2° Les psychoses simples des syphilitiques, décrites par Erlenmeyer dans une monographie. Ces psychoses, qui revêtent la forme des autres psychoses dites simples (hypochondrie, mélancolie avec idées d'indignité ou de persécution, manie furieuse) ne présentent pas de symptômes qui permettent de deviner leur origine. C'est plutôt par l'exclusion des autres agents pathogènes qu'on arrive à reconnaître leur vraie nature. La manie furieuse des jeunes femmes mariées est, selon Erlenmeyer, particulièrement suspecte sous ce rapport.

La seconde période de la syphilis constitutionnelle est la période gommeuse, celle donc où le néoplasme granuleux spécifique s'établit dans les tissus conjonctifs et engendre des symptômes morbides variant suivant son siège, son étendue, sa croissance et sa décroissance plus ou moins rapides.

Un de ses lieux d'élection est la base du cerveau, entre le chiasma et le pont de Varole. Là le néoplasme enveloppe les nerfs qui émergent du centre nerveux et les artères qui vont s'y plonger.

Oppenheim, qui récemment a publié un travail très intéressant sur cette maladie, et qui énumère les symptômes déjà connus (vertiges, maux de tête, paralysies successives des nerfs crâniens, vomissements, syncopes et convulsions), attire l'attention sur l'existence d'une légère stupeur ou démence, qui ne fait presque jamais défaut, et qui rappelle un peu le symptôme analogue, compagnon fidèle des tumeurs cérébrales en général. A ces symptômes initiaux se joignent : le trouble de la conscience, l'insomnie, la somnolence. Puis, si la maladie ne s'arrête pas là, il éclate souvent une manie furieuse avec confusion des idées, état qui amène le malade à la maison de santé.

Ce qui distingue la méningite gommeuse de la base d'autres méningites, et en particulier des méningites tuberculeuses et carcinomateuses, c'est le caractère changeant des symptômes. L'irritation comme la paralysie des nerfs crâniens II-VIII se montrent un jour pour disparaître le lendemain et réparaître le surlendemain. Les symptômes bulbaires, y compris la polydipsie et la polyurie, s'observent également. Cette variabilité, due au caractère éphémère du néoplasme lui-même, ne se laisse contrôler nulle part aussi bien que sur le nerf optique, en mesurant au périmètre les champs visuels, leur rétrécissement et leur élargissement.

Il est d'une haute importance pratique de reconnaître à temps la nature syphilitique de la maladie, parce qu'un traitement mercuriel, institué au bon moment, est, dans la grande majorité des cas, couronné d'un succès plus ou moins rapide et complet, quoique pas toujours durable.

A cette même seconde période appartiennent :

a) La méningite et la méningo-encéphalite gommeuses de la convexité, qui produisent les symptômes correspondant à leur localisation, et ceci également d'une façon variable et saccadée, mais sans compression du cerveau, sans névrite de la papille, et sans symptômes psychiques, sauf la légère stupeur déjà mentionnée plus haut.

b) La tumeur gommeuse de la substance du cerveau, affection dont les symptômes cadrent avec ceux des autres tumeurs cérébrales, mais qui parfois cèdent au traitement antisyphilitique.

c) L'artérite, décrite par Heubner, qui amène l'obstruction des troncs artériels, soit directement par le néoplasme primaire, soit indirectement par des particules qui s'en détachent et forment des embolies dans un des vaisseaux principaux.

Mais il ne faut pas oublier que plusieurs auteurs (Friedländer, Köster, Baumgarten et autres) ont nié la nature spécifique de l'artérite locale ou de la tunique interne, celle donc qui est en contact avec le sang. En aucun cas, les foyers de ramollissement, qui doivent leur origine à l'artérite de Heubner, n'ont rien de spécifique et ne demandent pas un autre traitement que les foyers emboliques ordinaires.

Dans la paralysie générale, la dégénérescence des vaisseaux fins joue un rôle prépondérant, à tel point que certains auteurs (tels que, par exemple, Mendel, Bonnet et Poincaré) y voient la lésion essentielle et primaire de la paralysie. Mais aucun auteur n'a jusqu'à présent osé lui attribuer un caractère spécifique, pas même dans le cas où la paralysie s'était développée après des antécédents syphilitiques.

Si donc la syphilis est pour quelque chose dans l'étiologie de la paralysie, la paralysie doit appartenir ou à la première ou à la troisième période de la syphilis. Et, puisque la première de ces alternatives s'écarte pour ainsi dire d'elle-même, il ne reste que la seconde à prendre en considération. La question se pose, par conséquent, ainsi : La paralysie appartient-elle oui ou non à la classe des maladies syphilitiques, et en particulier à la troisième période de la syphilis?

Comme pour le tabès, on a cherché dans la statistique médicale les preuves pour et contre. Les chiffres obtenus varient passablement. Certains auteurs ne trouvent d'antécédents syphilitiques que chez 18 à 25 p. 100 de leurs paralytiques, tandis que d'autres les trouvent chez 70 à 80 p. 100.

M. Burkhardt a fait la revision de ces cas et en a réuni 43, sur lesquels il a trouvé des notes suffisamment précises. En les classant selon leur âge, il a obtenu le tableau suivant :

Age	Avec antécédents spécifiques.	Douteux.	Sans.	Total.
26-30	3	2	»	5
31-35	5	3	1	9
36-40	5	»	4	9
41-45	3	»	5	8
46-50	1	»	4	5
51-55	1	»	3	4
56 et au dessus	»	»	3	3
Total....	18	5	20	43

Il résulte de ce tableau :

1° Qu'environ la moitié des paralytiques a été infectée par la vérole, mais que :

2° Des malades en dessous de 35 ans presque tous l'ont été, tandis que :

3° Des malades en dessus de 35 ans, seulement le tiers.

La statistique ne permettrait donc pas de ranger la paralysie générale parmi les maladies vénériennes proprement dites, mais elle fait bien de la syphilis une cause prédisposante de première importance.

Cette cause est d'autant plus efficace que l'individu est plus jeune; elle cède le pas à d'autres au fur et à mesure que l'individu avance en âge. Ou, en d'autres termes, l'usure du cerveau se produit chez un syphilitique déjà en bas âge, chez un non-syphilitique,

seulement plus tard. Chez le premier, la syphilis fait en peu d'années la besogne que les autres agents pathogènes font chez le second en plusieurs années seulement.

Les avis sont partagés sur la question de savoir si les paralysies d'origine syphilitique se distinguent sémiotiquement des autres. La différence de l'âge n'est pas sans influence, ce dont on ne tient pas suffisamment compte.

Quant au traitement, la grande majorité des observateurs déconseille les spécifiques comme inutiles et même nuisibles, et M. Burkhardt se joint entièrement à eux pour tous les cas quelque peu avancés.

Et sous ce rapport, la paralysie générale se comporte comme la syphilis arrivée à la troisième période de Virchow, à la cachexie.

On sait que le tabès ne donne guère de meilleures chances au traitement spécifique et que Strumpell en cherche l'explication dans l'hypothèse que cette dernière maladie n'est pas engendrée par le virus syphilitique lui-même, mais par des substances toxiques, des ptomaïnes, produites sous son influence dans le corps du malade, hypothèse qui, *mutatis mutandis*, pourrait s'appliquer aussi à la paralysie générale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 décembre 1890. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Fracture du crâne et trépanation. — Traitement du prolapsus du rectum. Opérations sur le foie.

M. Routier lit un rapport sur une observation de M. Claudot relative à un cas de *trépanation pour fracture du crâne* avec lésion probable de l'artère méningée moyenne.

Il s'agit d'un soldat atteint par un coup de pied de cheval dans la région temporale droite. Le blessé reprit assez rapidement connaissance et fut conduit à l'hôpital, où l'on constata, trois heures après la blessure, une plaie à lambeau avec hémorrhagie assez notable. En exerçant des pressions sur la région blessée, on provoquait des mouvements désordonnés, mais il n'y avait ni paralysie, ni contracture. Le trépan permit d'enlever un fragment osseux de 2 centimètres 1/2 de long sur 5 de large. Pansée avec des tampons iodoformés, la plaie guérit assez vite.

M. Routier rappelle qu'il a présenté à l'Académie une observation analogue à celle de M. Claudot. Son malade avait pu rentrer chez lui et ce ne fut que consécutivemeut que se montrèrent les signes d'un épanchement intra-crânien. Le fragment osseux qui fut enlevé présentait sur sa face interne un sillon dû à la méningée moyenne et il en était de même dans le cas de M. Claudot. M. Routier fit aussi un tamponnement iodoformé, mais il en résulta une aphasie temporaire.

Le rapporteur approuve la conduite de M. Claudot, qu'il considère comme conforme aux principes de la chirurgie moderne.

— M. Gérard-Marchand communique une observation de *rectopexie postérieure pour prolapsus du rectum* faite à l'aide d'un procédé nouveau. Le malade était âgé de 45 ans, vigoureux, et avait un prolapsus rectal intermittent et long de 10 centimètres ; il ne se produisait qu'au moment des selles et le malade le réduisait facilement dans leur intervalle. Le sphincter anal, bien qu'un peu dilaté, était suffisant; il en était de même du périnée en avant et en arrière. Le prolapsus étant facilement réduit, le rectum sain, sans ulcération, ni tumeur, il n'y avait pas lieu de songer à la résection. Les procédés de restauration du périnée n'étaient pas indiqués non plus et on ne pouvait songer qu'à la colopexie et à la rectopexie. La première opération très grave doit être réservée aux cas où le prolapsus est énorme et M. Gérard-Marchand s'arrêta à la rectopexie postérieure de M. Verneuil.

La face postérieure du rectum fut découverte par deux incisions partant de l'anus. Le conduit intestinal étant très long, on le raccourcit en faisant une série de plissements transversaux. Il suffit pour cela de faire des sutures verticales de haut en bas, avec l'ai-

guille de Reverdin, et de les serrer. Les sutures ne comprenaient pas la muqueuse rectale. Ce procédé a déjà été employé par Lange (de New-York); seulement ce chirurgien diminuait la largeur de l'intestin, rétrécissait son calibre en faisant des sutures horizontales, de manière à avoir postérieurement un pli vertical. Pour assurer l'adhérence des parties minces en contact, il est bon de les aviver.

Pour réaliser la suspension du rectum, but principal de l'opération, M. Gérard-Marchand gratta la face antérieure du coccyx et y sutura la partie inférieure du rectum. Il excisa ensuite une portion du sphincter sans le rétrécir et fit les sutures.

La plaie suppura un peu dans sa partie supérieure; malgré cela, la guérison se fit assez vite et actuellement le prolapsus est bien réduit. Il n'y a pas assez longtemps que l'opération a été faite pour que l'on puisse dire que la guérison est définitive. Cependant, ont peut espérer obtenir de bons résultats, car l'opération est absolument rationnelle et n'est, du reste, que le procédé de M. Verneuil, amélioré.

M. Berger, qui a examiné le malade de M. Marchand, pense que ce malade est définitivement guéri. Les adhérences restant maintenues jusqu'à présent, il n'y a pas de raison pour qu'elles cèdent dans l'avenir. Peut-être, pour raccourcir plus facilement la longueur du rectum, serait-il bon de faire, sur la face postérieure, une suture en surjet de bas en haut, de chaque côté de la ligne médiane.

— M. Terrillon rapporte plusieurs opérations qu'il a pratiquées, soit sur le foie, soit sur les voies biliaires malades. Six fois, l'intervention a porté sur les voies biliaires; deux fois, on a fait une incision exploratrice; enfin, une fois, on a réséqué un morceau de foie. Cette dernière observation a été lue à l'Académie de médecine et M. Duplay doit présenter à cette société un rapport sur elle.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme qui avait une tumeur biliaire non adhérente. La tumeur renfermait un calcul et, de plus, il s'en trouvait un enclavé dans le canal cystique. Le col était adhérent à la face supérieure du foie. On établit une fistule qui laissa couler de la bile pendant quinze jours, puis se ferma au bout de deux mois. Actuellement, la guérison est complète.

La seconde observation se rapporte à une malade âgée de 28 ans, qui avait eu une péritonite occupant la région hépatique. Une ponction de la vésicule dilatée permit de retirer 700 grammes de liquide muqueux, un peu jaunâtre. La laparotomie permit de constater que la vésicule adhérait de tous côtés aux parties voisines, et que sa surface interne était incrustée de sels calcaires. On se contenta d'établir une fistule par laquelle les sels calcaires s'éliminèrent peu à peu, et la malade guérit au bout de six mois.

Le troisième cas concerne une malade âgée de 52 ans, qui avait, depuis une vingtaine d'années, des coliques hépatiques. La femme était porteur, depuis neuf ans, d'une tumeur bien apparente et présentait un ictère très marqué.

Une ponction exploratrice n'eut d'autre résultat que de briser l'aiguille dans la paroi calcaire. La laparotomie montra que la vésicule avait des adhérences généralisées et qu'elle renfermait une quantité considérable de petits calculs mélangés à des stalactites minéraux. Il fut impossible de songer à la cholécystectomie, et une fistule, établie aussitôt, permit la sortie d'un grand nombre de calculs. Actuellement le cours de la bile est rétabli et il n'y a plus qu'une fistulette. Depuis l'opération, la malade a engraissé de douze livres.

La quatrième malade présentait une tumeur très développée, descendant au-dessous de l'ombilic, et avait en même temps un ictère prononcé. On fit d'abord une ponction qui évacua du liquide coloré, puis on ouvrit la poche. Elle renfermait trois litres de quide jaune avec des flocons muqueux épais. Le foie était augmenté de volume et, en passant le doigt dessus, on pouvait sentir le canal cystique très dilaté. Cependant, une bougie fut introduite à 25 centimètres de profondeur, sans que l'on pût trouver l'obstacle. Là encore, l'établissement d'une fistule fut suivi d'une guérison rapide.

Le cinquième cas est moins heureux. Une fistule biliaire fut établie chez une femme ictérique qui avait une tumeur de la région du foie; après trente jours, la malade mourut d'épuisement. L'obstacle se trouvait dans le canal cholédoque.

M. Terrillon a fait la cholécystectomie chez une femme de 45 ans qui avait eu de nom-

breuses coliques hépatiques. La tumeur non douloureuse était nettement fluctuante; elle renfermait 200 grammes de liquide et il y avait un petit calcul dans le canal cystique. Les adhérences, étant très faibles, furent décollées avec le doigt et le canal lié et cautérisé au thermo-cautère. Il n'y eut pas d'écoulement de bile et la malade guérit parfaitement. Elle souffre d'une constipation opiniâtre.

M. Terrillon a eu l'occasion de faire une incision exploratrice au niveau du foie dans des conditions très particulières. Le malade avait reçu un coup d'épée dans le côté droit vingt-cinq jours avant et la pointe avait pénétré à 6 centimètres de profondeur. Il est probable qu'un morceau de flanelle était entré dans la plaie, la chemise présentant un trou net. Le vingt et unième jour, il survint un frisson violent, avec claquements de dents et sueurs et la température s'éleva. Il se produisit un nouveau frisson deux jours plus tard. Le troisième jour, le malade éprouva de vives douleurs dans la région hépatique et dans les lombes. Une troisième fois, le frisson apparut et s'accompagna d'un léger ictère. On supposa qu'il s'était produit un abcès dans la glande à la suite de la pénétration du corps étranger. Une incision fut faite quelques centimètres au-dessous de la cicatrice de la plaie tégumentaire cicatrisée. Le foie ne présentait pas de cicatrice et cinq ponctions exploratrices faites dans l'organe ne rencontrèrent pas de pus. Après un soulagement passager, de nouveaux frissons survinrent et le malade mourut. On trouva un abcès gros comme une noix dans l'épaisseur de l'organe. La ponction avait passé à côté.

En 1888, M. Terrillon a encore opéré un homme qui présentait au niveau du foie une tumeur ressemblant à un kyste hydatique. Une ponction donna issue à 20 grammes de liquide sanguinolent, mais ne modifia pas beaucoup la tumeur. Une incision faite au-dessous des fausses côtes conduisit sur un foie très volumineux avec lequel la tumeur était confondue. On ponctionna à ce niveau et on retira 300 grammes de liquide bilieux et sanguinolent.

L'exploration minutieuse de l'organe ne permit de trouver aucune tumeur cancéreuse ou autre et il est probable qu'il s'agissait d'une ectasie des canaux biliaires. L'extirpation était impossible. L'opération ne fut que palliative, la poche s'emplit de nouveau tellement que la cicatrice menaça de se rompre. La mort survint dans la cachexie et on trouva une petite tumeur cancéreuse au voisinage du hile.

— M. Tuffier présente un malade auquel il a fait une *cure radicale de hernie pulmonaire*. Il insiste sur les avantages de l'incision thoracique antiseptique.

— M. Reynier montre des pièces de *salpingite interstitielle* et pense que l'ablation par le vagin aurait été impossible.

MM. Bouilly et Routier insistent sur ce point que les opérations par le vagin ne doivent pas être faites dans les cas de ce genre.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat pendant le mois de décembre 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 3 décembre 1890. — N° 40. M. Barraud (Gabriel) : Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie par le salol. (Président, M. Fournier.) — N° 41. M. Mirovitch (Elie) : De diverses formes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse chez l'homme au point de vue étiologique et quelques indications sur leur traitement. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 4. — N° 42. M. Gofestre (R.) : Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite chronique du corps par le crayon au chlorure de zinc. (Président, M. Guyon.) — N° 43. M. Delteil (Jules) : Des corps fibreux de l'utérus avec inversion, diagnostic et traitement. (Président, M. Le Dentu.) — N° 44. M. Chastenet (Charles) : Essai sur les mélancoliques anxieux. (Président, M. Ball.) — N° 45. M. Renault (Charles) : De la douleur

dans les maladies des yeux. (Président, M. Panas.) — N° 46. M. Vigouroux (Auguste) : Etude sur la résistance électrique chez les mélancoliques. (Président, M. Ball.)

Samedi 6. — N° 47. M. Dauvergne (René) : Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde. (Président, M. Ball.)

Jeudi 11. — N° 48. M. Arbel (Luc) : Contribution à l'étude de la galactophorite. (Président, M. Le Fort.) — N° 49. M. Glorie (J.-A.) : Des procédés de restauration des apophyses géni. (Président, M. Le Fort.) — N° 50. M. Neveu (Victor) : Contribution à l'étude des tumeurs malignes secondaires de l'ombilic. (Président, M. Guyon.)

Vendredi 12. — N° 51. M. Roux (Louis) : Huile de Chaulmoogra et acide gynocardique. Etude chimique et thérapeutique, leur emploi dans le traitement de la lèpre, (Président, M. Fournier.) — N° 52. M. Calot (François) : De la cholécystectomie ou ablation de la vésicule biliaire. (Président, M. Tillaux.)

Mardi 16. — N° 53 (*). M. Vignerot (Adrien) : Contribution à l'étude des néphrites; considérations étiologiques. (Président, M. Brouardel.) — N° 54 (*). M. Le Noir (Paul) : Etude de l'albuminurie chez les phthisiques. (Président, M. Bouchard.)

Mercredi 17. — N° 55. M. Héret (Louis) : Monographie du sous-nitrate de bismuth. (Président, M. Regnault.) — N° 56. M. Ménos (W.-Clément) : La lèpre au point de vue de la contagion. (Président, M. Fournier.) — N° 57. M. Royals (Achille) : De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique pour l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant. (Président, M. Hayem.) — N° 58. M. Mourgues (L.-E.) : Contribution à l'étude chimique et physiologique de quelques principes immédiats du persil. (Président, M. Gautier.)

Jeudi 18. — N° 59. M. Miette (Albert) : Traitement des fibromes utérins. (Président, M. Duplay.) — N° 60. M. Fouré (E.) : Du pincement latéral de l'intestin. (Président, M. Duplay.) — N° 61. M. Chevandier (Paul) : La méthode thermo-résineuse appliquée au traitement du rhumatisme apyrétique. (Président, M. Peter.) — N° 62. M. Boutard (E.) : Des différents types du diabète sucré. (Président, M. Proust.) — N° 63. M. Cahen (Georges) : Contribution à l'étude de l'astasie-abasie. (Président, M. Charcot.) — N° 64. M. Szcgypiorski (S.-Br.-Fr.) : Des entozoaires de l'encéphale. (Président, M. Debove.)

Mardi 23. — N° 65. M. Spivacoff (Z.) : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'huile créosotée associées aux pulvérisations biiodo-mercuriques. (Président, M. Brouardel.) — N° 66 (*). M. Sollier (Paul) : Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. Essai de psychologie morbide. (Président, M. Cornil.) — N° 67. M. Bouel (Paul) : Contribution à l'étude des anévrysmes et de l'aorte abdominale. (Président, M. Cornil.)

Mercredi 24. — N° 68. M. Petrovitch (Sava) : Contribution à l'étude des anévrysmes diffus consécutifs de l'aorte et particulièrement des anévrysmes diffus thoraciques. (Président, M. Potain.) — N° 69. M. Lecudennec (Albert) : Du palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin; palper mensurateur. (Président, M. Pinard.) — N° 70. M. Toledo (Juan-I.) : Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement; étude analytique et critique. (Président, M. Pinard.) — N° 71. M. Dennetières (F.) : Causes des luxations irréductibles de la hanche. Leur traitement par la méthode sanglante. (Président, M. Tillaux.) — N° 72. M. Rossignol (Francis) : De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus, principalement au point de vue historique et clinique. (Président, M. Tillaux.)

Vendredi 26. — N° 73. M. Poirier (Gustave) : Des nourrices enceintes; influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent. (Président, M. Grancher.) — N° 74. M. Huyghe (S.-E.-M.) : Des rapports de l'arthritisme avec les manifestations nerveuses; paralysie générale arthritique. (Président, M. Grancher.) — N° 75 (*). M. Cuvillier (Henri) : Contribution à l'étude des végétations adénoïdes chez l'adulte. (Président, M. Tillaux.) — N° 76. M. Azéma (Henri) : Indications et résultats comparés de quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre. (Président, M. Guyon.)

Samedi 27. — N° 77. M. Sicre (Raymond) : Contribution à l'étude de la maladie kystique de la mamelle. Maladie de Reclus. (Président, M. Panas.) — N° 78. M. Grossier (Paul) : La maternité de l'hôpital Saint-Louis du 1er janvier 1883 au 1er juillet 1889. (Président, M. Proust.) — N° 79. M. Dejan de la Batie (Th.) : La phthisie des alcooliques.

(Président, M. Proust.) — N° 80. M. Carpentier (Fr.-Alfred) : Contribution à l'étude des paralysies alcooliques. (Président, M. Proust.)

FORMULAIRE

Potion calmante antihystérique. — Grasset,

Hydrate de chloral........................	4 grammes.
Bromure de sodium........................	4 —
Extrait de jusquiame........................	0 gr. 04 centigr.
Extrait de chanvre indien........................	0 gr. 04 —
Julep gommeux........................	64 grammes.

F. s. a. une potion, dont on fait prendre à titre d'hypnotique de deux à quatre cuillerées. On les administre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, le soir, à partir de dix heures, dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger, aux hystériques qui se plaignent d'agitation pendant la nuit et d'absence de sommeil. L'antipyrine est également un bon médicament de la douleur dans l'hystérie (migraine, névralgies). Quant aux bromures, l'auteur leur associe généralement l'arsenic. — N. G.

COURRIER

Au comité d'hygiène publique, M. Proust a communiqué des renseignements sur l'épidémie de choléra qui sévissait au Japon depuis le mois de juin dernier. D'après ce rapport, la maladie a débuté dans la ville de Nagasaki, puis s'est répandue peu à peu dans la plupart des provinces de l'empire. Aujourd'hui, elle a presque cessé d'être.

D'ailleurs, le choléra fait, chaque année, son apparition au Japon, causant la mort d'un nombre de personnes plus ou moins considérable. Les épidémies les plus sérieuses ont été celle de 1879, qui survint immédiatement après la guerre des provinces du Sud et celle de 1886; l'année actuelle ne vient qu'en quatrième ligne, à compter depuis 1877, époque à laquelle remontent les premières statistiques exactes.

C'est généralement sur la population indigène que le choléra exerce ses ravages. Le nombre des Européens qui se sont trouvés atteints a toujours été très petit. Dans l'épidémie récente, on n'a eu à constater aucun cas parmi les résidents étrangers; mais les navires de guerre ou de commerce, dans les différents ports, ont perdu environ une cinquantaine de personnes.

Au reste, comme les années précédentes, le gouvernement japonais avait pris toutes les mesures de préservation possibles, et il faut reconnaître que son service sanitaire est parfaitement organisé sous ce rapport.

M. Proust a lu ensuite un rapport de M. Bide, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis des Français, à Madrid, sur les origines du choléra qui a sévi l'an dernier en Espagne.

Ce rapport conclut que l'épidémie qui a sévi en Espagne depuis le mois de mai est le choléra asiatique, lequel n'est pas né sur place, mais semble avoir été importé.

(*Bull. méd.*)

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

La stomatite mercurielle (1).

Messieurs,

Je vais vous exposer aujourd'hui les symptômes de la stomatite mercurielle d'origine thérapeutique.

Les accidents se présentent sous des apparences très différentes, selon leur gravité et l'on a affaire, selon les cas, à une stomatite légère et partielle, moyenne et générale, ou enfin intense et générale.

La stomatite partielle est très commune; la deuxième variété est assez rare; quand à la troisième, elle est maintenant absolument exceptionnelle. Je laisse volontairement de côté une forme d'une gravité excessive, que l'on peut appeler *stomatite historique* et sur laquelle je reviendrai plus tard; elle se développait lorsque l'on croyait que la salivation était nécessaire pour la dépuration du sang des vérolés et que, alors, cette salivation était recherchée et entretenue.

Les stomatites légères doivent être parfaitement connues du praticien; ce sont elles que je désigne souvent sous le nom de *stomatites d'alarme*, car elles avertissent qu'il faut intervenir et surtout indiquent l'imminence de la deuxième ou de la troisième forme. Enfin, il est encore très important de reconnaître les stomatites légères parce qu'elles sont très accessibles au traitement, tandis qu'il est loin d'en être ainsi pour les formes plus graves.

Les stomatites légères et partielles revêtent quatre types cliniques distincts.

Dans le premier type, il y a déchaussement de la portion de gencive qui touche en arrière la grosse molaire inférieure. La dent se déchausse et il apparaît en arrière une sorte de petite languette, rouge, effilée, mobile, flottante, quelquefois érodée.

Très communément, les malades ne s'aperçoivent de rien, ou, s'ils découvrent ce qui leur arrive, ils négligent ce petit accident qu'ils considèrent comme étant sans importance. Il s'agit là, cependant, d'une lésion que l'on peut appeler révélatrice, contre laquelle il faut intervenir au plus vite. Si, en effet, vous continuez l'administration du mercure, vous verrez rapidement survenir une stomatite moyenne. Il faut remarquer que, très souvent,

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 novembre, 4 et 11 décembre 1890.

le déchaussement de la gencive n'a lieu que d'un seul côté. Il commence alors toujours du côté sur lequel le malade dort.

Le deuxième type des stomatites légères est carctérisé par une gingivite qui se produit autour d'une mauvaise dent, d'un vieux chicot. A ce niveau, comme vous le savez, la gencive est le plus souvent enflammée chroniquement et le mercure agit d'abord sur le lieu de moindre résistance.

La gingivite médiane inférieure constitue le troisième type. Souvent, en effet, la stomatite mercurielle débute par la gencive médiane inférieure, c'est-à-dire qu'elle commence à la sertissure des incisives médianes. La partie antérieure de la gencive est presque toujours seule atteinte, et la partie postérieure reste intacte, sans que nous puissions donner d'explication à ce fait. Il faut donc observer avec grand soin ce troisième lieu d'élection. Les gencives sont rouges, boursouflées et entourent les dents d'un liseré purpurique. Elles ne maintiennent plus solidement ces dents et, quand on presse sur elles, il sort une petite gouttelette d'un liquide séro-purulent.

Dès ce moment, le malade se plaint d'agacement des dents au niveau de la région affectée et il ressent des douleurs dans la mastication. Il accuse un goût singulier dans la bouche, un drôle de goût, selon son expression. Enfin, à l'odorat on s'aperçoit déjà que l'haleine a une odeur spéciale, aigrelette, fadasse, tout à fait *sui generis*.

Le quatrième type des stomatites d'alarme est très singulier, il s'agit, en effet, d'une hémi-stomatite, d'une stomatite latéralisée. Le mercure, chose singulière et d'apparence paradoxale, n'exerce son action que sur la moitié gauche ou la moitié droite de la cavité buccale ; l'autre moitié reste intacte. La joue correspondant au côté malade est enflammée, excoriée, exulcérée. Il y a déjà longtemps que mon maître, Ricord, a montré que cette localisation de la stomatite tenait à l'habitude que l'on a de coucher sur l'un ou l'autre côté. On comprend facilement que, les liquides buccaux stagnant du côté déclive, c'est de ce côté que se produisent d'abord les accidents.

A ce moment, si l'on emploie un traitement approprié, la stomatite guérit rapidement. Si, au contraire, on la néglige, la forme moyenne, généralisée, se développe.

Cette forme moyenne se manifeste par quatre ordres de symptômes :

1° Inflammation de la bouche, ayant son maximum aux trois foyers que nous avons signalés plus haut dans l'étude de la stomatite légère ;

2° Troubles fonctionnels, salivation;

3° Enduit particulier de la muqueuse malade;

4° Fétidité caractéristique de l'haleine.

Cette fétidité, Messieurs, est tellement accentuée, tellement caractéristique, que je vous en parlerai tout d'abord. Dès qu'un malade atteint de stomatite moyenne entre dans votre cabinet, elle vous permet de poser le diagnostic. L'haleine a une odeur que l'on peut qualifier de révélatrice. Naturellement, je ne peux vous expliquer quels sont les caractères de cette odeur, une odeur fétide ne se décrivant pas plus qu'un parfum, mais, quand une fois vous l'aurez sentie, elle vous sera très utile pour poser votre diagnostic.

Toute la bouche est le siège d'une inflammation violente qui domine aux lieux d'élection. Les gencives sont rouges, très rouges, purpurines; elles sont boursouflées, tendues, tuméfiées. Les dents semblent un peu déchaus-

sées. Quelquefois il se produit des excoriations, des érosions ou même des ulcérations véritables.

Si vous faites tirer la langue au malade ou plutôt, car ce mouvement lui est très difficile, si vous tâchez de faire ouvrir suffisamment la bouche pour permettre un examen suffisant, vous voyez que l'organe est enflé, tuméfié, douloureux, excorié, et surtout qu'il présente une blancheur neigeuse dans sa partie supérieure. Sur ses bords, la langue présente des déformations irrégulières; on y voit, en effet, de petites dépressions, alternant avec de petites crêtes. On comprendra facilement qu'il s'agit là de l'empreinte des dents qui s'impriment sur la muqueuse tuméfiée, les crêtes répondant aux interstices dentaires.

Sur la joue, la muqueuse est de même boursouflée, œdémateuse, excoriée par places. On y remarque des déformations, des sortes d'empreintes qui tiennent encore au contact avec les dents. Une arête longitudinale répond à l'interstice qui sépare les dents supérieures des inférieures.

La partie postérieure des lèvres est également rouge et excoriée. En réalité toute la bouche est le siège d'une inflammation violente.

Si on peut faire ouvrir suffisamment la bouche pour pouvoir examiner le pharynx, on voit que le voile et les piliers sont absolument normaux. Le mercure agit sur la bouche, mais respecte l'arrière-bouche.

L'enduit limoneux des dents, l'état diphthéroïde des ulcérations constituent un troisième symptôme qu'il nous faut étudier soigneusement.

Quand on examine les dents, on voit qu'elles sont couvertes d'un enduit qui remonte jusqu'au quart ou au tiers de leur hauteur; c'est une pulpe qui se détache facilement à l'aide d'une spatule et forme une bouillie fétide. On enlève le même produit du dos de la langue en le grattant.

Les troubles fonctionnels sont assez marqués dans cette forme de stomatite. Il y a d'abord un endolorissement général de la bouche, puis un endolorissement périmaxillaire qui tient à l'inflammation des ganglions et des glandes salivaires. Les ganglions sont tous pris et douloureux, il en est de même des parotides et des glandes sous-maxillaires. Il résulte de ce fait que la face est entourée par un gonflement qui rappelle celui que l'on observe dans les oreillons. L'apparence peut rappeler suffisamment celle de cette dernière maladie pour qu'il soit possible, quand on voit le malade de loin, de faire une erreur de diagnostic. Habituellement, ce sont surtout les glandes sous-maxillaires qui sont prises. La tuméfaction périmaxillaire peut être unilatérale, quand la stomatite est elle-même unilatérale.

Le malade se plaint de ne pouvoir exécuter que très difficilement toutes les fonctions dans lesquelles la bouche a un rôle. Il souffre pour parler, et surtout pour manger. L'ouverture spontanée de la bouche est pénible et la parole très gênée. Tout contact d'un aliment avec les dents, la langue ou les joues est horriblement douloureux. La pression sur les dents est même très pénible. Il s'ensuit que le malade en est réduit à l'usage des aliments liquides qui peuvent causer des sensations très désagréables lorsqu'ils se trouvent en contact avec la muqueuse buccale. Dans les degrés très accentués, l'eau même arrive à être très difficilement tolérée.

La salivation, comme on le sait, est un des symptômes principaux de la stomatite mercurielle moyenne. La bouche s'emplit continuellement d'une salive épaisse, blanchâtre, filante, dont la présence force le malade à cracher sans cesse; lorsque le patient est couché, il ne peut dormir que la bouche ouverte; aussi son oreiller est-il très rapidement mouillé. Quand il se promène

dans la journée, il est forcé d'emporter des mouchoirs, ou plutôt des serviettes, dans lesquels il crache. La quantité moyenne de salive rendue dans un jour est d'un litre, et cette quantité peut être très dépassée. On comprend facilement que ce crachement perpétuel est fatigant et énervant, et qu'il épuise l'organisme au même titre qu'une diarrhée abondante, par exemple.

Comme phénomènes généraux, on note la diminution ou plutôt la disparition de l'appétit; une pâleur anémique comparable à celle que l'on observe dans les grands empoisonnements et, enfin, un état nerveux, un agacement très marqué. Il n'y a pas de fièvre.

On dit habituellement que la durée de cette forme de stomatite est de huit à douze jours. En réalité, elle se prolonge beaucoup plus longtemps, pendant quinze jours à trois semaines. Pendant huit jours au moins, l'état du malade est très pénible, et cette période reste à peu près toujours aussi longue, quel que soit le traitement employé.

La forme grave dont il me reste à vous parler aujourd'hui est devenue maintenant fort rare, et ce n'est qu'exceptionnellement que vous en rencontrerez des exemples. C'est la stomatite moyenne amplifiée, sans qu'il y ait de symptômes propres. C'est, passez-moi l'expression, tout ce que je vous ai dit sur la stomatite moyenne vu à la loupe. L'inflammation buccale est extrêmement violente et occupe toute la bouche, tout en prédominant toujours dans les trois foyers principaux que vous connaissez. Les gencives sont tuméfiées, décollées, saignantes, ramollies, ulcérées et les dents déchaussées comme dans le scorbut. La langue, énormément tuméfiée, doublée ou triplée de volume, a l'aspect d'un boudin ou d'un saucisson. Elle pend en dehors de l'orifice buccal de 4, 6 ou 8 centimètres et présente des ulcérations que l'on retrouve aussi sur la face muqueuse des lèvres et des joues et sur les gencives.

Quelquefois les ulcérations vont jusqu'à la gangrène et il y a une glossite gangréneuse, très rare maintenant, dont je n'ai vu que quelques exemples. Dans la dernière observation que j'ai recueillie, il s'agissait d'un homme qui en était à sa deuxième attaque de syphilis cérébrale grave. Il fut traité par les frictions et ces dernières, comme cela se voit quelquefois, entraînèrent l'apparition d'une stomatite brusque et tellement rapide dans sa marche qu'elle avait atteint son maximum en deux ou trois jours. La langue présenta une véritable glossite gangréneuse. En même temps, elle pendait hors de la bouche, laissant écouler une grande quantité de salive, et sa face dorsale supportait des plaques de sphacèle blanc. Ces plaques que l'on dut détacher tous les matins, pendant huit à dix jours, avaient absolument l'aspect de gras de bœuf cuit. C'était de véritables morceaux de langue ayant quelquefois le volume du petit doigt. La guérison se produisit lentement, mais, malgré les pertes de substance, la langue resta assez volumineuse. Cela tenait probablement à ce que la gangrène avait porté sur des tissus œdématiés.

Dans les stomatites graves, l'odeur de l'haleine est naturellement excessivement fétide. Il s'écoule au dehors une quantité de salive que l'on peut évaluer à deux et quatre litres par jour. D'après les observations prises par les anciens auteurs, la quantité rendue pourrait atteindre huit, dix et même douze litres.

Toutes les fonctions buccales deviennent impossibles. Les malades ne peuvent ni manger, ni parler et ils ont, suivant leur expression, le feu dans

la bouche. Les dents semblent allongées et l'affaiblissement général est très notable. En même temps, il y a de la fièvre, une inappétence qui va jusqu'au refus des aliments, de la pâleur toxique et des troubles nerveux intenses.

Même aussi violente, la stomatite mercurielle finit par guérir, mais cette guérison n'arrive qu'après trois ou quatre mois de souffrances, et de plus, les gencives restent boursouflées, ramollies; les dents sont ébranlées et quelques-unes tombent.

REVUE DES CLINIQUES

De l'hydronéphrose, par M. Terrillon (1). — Messieurs, je veux étudier aujourd'hui, à propos d'une malade qui se trouve dans le service, quelques points intéressants d'une affection difficile à diagnostiquer et à traiter, l'hydronéphrose.

La malade est une femme de 44 ans, qui jouissait d'une bonne santé lorsqu'elle fut prise de coliques néphrétiques suivies d'émission de pus par les urines. Quelque temps après apparut, dans le côté gauche de l'abdomen, une tumeur qui augmentait lentement en présentant des alternatives de diminution et d'accroissement. Plus tard survinrent de la fièvre, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, et la malade vint alors me consulter en 1887.

Je constatai une tumeur volumineuse, franchement fluctuante, remplissant le côté gauche de l'abdomen, qui dépassait la ligne médiane, remontait jusqu'aux fausses côtes et plongeait dans le bassin. Songeant à une tumeur ovarienne ou utérine, je pratiquai le toucher vaginal et fus surpris de trouver des culs-de-sac libres, l'utérus mobile et en bonne position. En l'examinant avec plus de soins, je m'aperçus que la tumeur remontait haut dans la région lombaire; la présence d'une anse intestinale en avant d'elle, et l'étude des antécédents de la malade me firent porter le diagnostic d'hydronéphrose.

Au point de vue de l'intervention, j'eus à choisir alors, pour aborder la tumeur, entre la laparotomie médiane et la voie lombaire.

Comme la tumeur était très saillante en avant, j'ouvris l'abdomen sur la ligne blanche et trouvai, immédiatement en arrière du péritoine, la tumeur traversée à sa partie antérieure par une anse du gros intestin, qui n'était autre que le côlon descendant. Les deux feuillets du méso-côlon avaient donc été écartés par la tumeur, qui, coiffée de l'intestin, était venue s'appliquer contre la paroi abdominale; c'était là un des caractères les plus importants des tumeurs rénales. Je fis alors une ponction avec un gros trocart et retirai trois litres de pus; après avoir vidé la poche, je l'incisai pour y introduire la main et explorer sa cavité. Je pus constater qu'elle s'étendait très loin sous les fausses côtes gauches et que sa surface interne était tapissée de petites poches adjacentes et communiquant entre elles. Je ne tentai pas de décoller la tumeur qui adhérait intimement au péritoine pour m'en tenir à un lavage abondant et à un drainage.

Vous vous étonnerez peut-être que je n'aie pas fait de contre-ouverture dans la région lombaire pour m'assurer le facile écoulement des liquides par un point déclive. C'est afin d'éviter toute hémorrhagie qu'on pourrait produire en blessant la substance rénale qui peut encore subsister, car on agit à l'aveugle pour faire cette contre-ouverture postérieure, et vous savez combien l'hémostase d'une plaie du rein est difficile à obtenir.

La poche fut désinfectée tous les jours, la cavité se combla peu à peu; au bout de trois mois, il ne restait plus qu'un petit trajet fistuleux, en même temps que la santé était devenue excellente.

A propos de cette observation, je vous dirai que l'hydronéphrose consiste dans l'accumulation de l'urine dans les calices et les bassinets distendus, grâce à un obstacle au libre écoulement de l'urine par ses canaux excréteurs. Je ne m'occuperai pas de l'hydronéphrose congénitale résultant d'une malformation des voies urinaires, mais acquise par un obstacle siégeant le plus souvent au niveau de l'uretère.

(1) *Echo médical*, 1890.

Il est exceptionnel que ce canal soit comprimé par une tumeur, et il s'agit presque toujours d'un calcul qui obstrue la lumière. L'urine, qui continue à être sécrétée, s'accumule au-dessous de l'obstacle et, grâce à la tension, distend les parois élastiques de l'uretère, puis du bassinet et des calices. Il se forme ainsi une tumeur qui devrait augmenter sans cesse si l'obstacle obturait toujours complètement le calibre de l'uretère et si les tubes rénaux qui sécrètent l'urine ne subissaient pas une atrophie plus ou moins rapide. Mais, le plus souvent, le calcul, grâce à sa forme irrégulière, laisse une place suffisante pour permettre l'écoulement d'une certaine quantité d'urine ; il peut même arriver qu'il se déplace ou tombe dans la vessie, et on observe alors soit une diminution temporaire, soit la disparition définitive de la tumeur.

L'étude anatomo-pathologique de l'hydronéphrose montre que la tumeur est formée par une partie plus ou moins distendue de l'uretère, mais surtout par le bassinet et les calices dilatés. L'épithélium des tubes urinifères est altéré et tombe en même temps que leurs parois se sclérosent; les pyramides de Malpighi ne représentent bientôt plus que des petits mamelons reposant sur la couche corticale. Ce sont eux qui constituent les cloisons intérieures du sac que j'avais constaté chez notre malade; enfin, à un dernier degré, toute la substance rénale a disparu et les parois de la poche sont formées par la capsule rénale épaissie.

Le volume de la tumeur hydronéphrotique est très variable, et je me souviendrai toujours d'une poche énorme contenant dix litres de liquide que je vis autrefois dans le service de Béhier. Le liquide contenu dans la tumeur a, au début, la composition de l'urine normale; plus tard, les éléments de l'urine disparaissent; aussi, ne faut-il pas s'en tenir à l'analyse chimique du liquide extrait par une ponction exploratrice.

L'évolution de l'hydronéphrose est longue, progressive, avec des rémissions, elle est rarement interrompue par la rupture de la poche qui amène, s'il n'y a des adhérences préalables, une péritonite suraiguë. Par contre, la transformation purulente n'est pas rare, comme chez notre malade; on doit se demander alors, si l'hydronéphrose a été purulente d'emblée ou par infection secondaire, grâce à la marche ascendante d'un microbe pyogène sorti d'une vessie primitivement infectée.

Quel est le traitement de l'hydronéphose ? On doit distinguer les tumeurs petites, c'est-à-dire dont le volume ne dépasse pas le double ou le triple de celui du rein et les grosses hydronéphroses. Dans le premier cas, les adhérences sont peu étendues; la tumeur de volume médiocre, ce qui permet l'extirpation, c'est-à-dire la néphrectomie. Dans le second cas, on agit en deux temps, en faisant d'abord l'ouverture et le lavage du sac; mais comme la substance rénale qui subsiste continue à sécréter l'urine, il reste une poche avec fistule, son petit volume en permet alors l'extirpation.

Tel est le principe général, mais chaque cas particulier a ses indications spéciales ; je ne vous parlerai de la ponction que comme procédé d'exception, à savoir : pour parer à un danger pressant ou assurer un diagnostic. La méthode de choix, c'est l'ouverture large, et pour cela je vous ai conseillé la voie abdominale qui vous donne tout le jour nécessaire et offre moins de dangers, grâce à l'antisepsie, que la voie lombaire qui expose à l'hémorrhagie. Vous suturez, après évacuation, les bords de la poche incisée au péritoine, et par le bénéfice du lavage quotidien, la poche se rétrécit peu à peu. Quant à la fistule qui persiste, si elle est étroite, presque tarie, adhérente aux parties voisines, il est inutile d'intervenir, sinon, recourez à la néphrectomie tardive, en vous guidant sur la fistule que vous enlevez en même temps; mais il arrive parfois même que dans ces cas on rencontre des adhérences trop étendues; contentez-vous alors de faire, à la curette, l'ablation de la fistule.

REVUE DES THÈSES

Des fractures simples des os du carpe, par le docteur H. Delbecq.
Lille, L. Danel, 1889.

1° Souvent méconnues, les fractures du carpe ont été appréciées par les auteurs de la façon la plus contradictoire.

2° Les fractures superficielles ne sont généralement que des éléments accessoires des entorses de la région, ou des fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

La fracture par torsion peut être complète sans déplacement des fragments. La fracture par flexion forcée, résultat de chute de lieu élevé, se complique ordinairement de lésions de la synoviale tendineuse palmaire.

3° Les principaux symptômes sont : une douleur vive avec sensibilité très localisée à la pression, une impuissance totale du membre, une tuméfaction énorme et de la crépitation en un point très précis de la région carpienne.

4° Les fractures superficielles et les fractures par torsion guérissent en quelques semaines et sont généralement exemptes de complications.

Les autres nécessitent des soins pendant plusieurs mois, se compliquent primitivement d'une synovite tendineuse palmaire et se terminent trop souvent par l'ankylose osseuse.

5° Pour les fractures superficielles, il suffit d'un peu de massage au début et d'une immobilisation déjà requise par les lésions concomitantes.

Pour la fracture par torsion, qui est généralement réduite pendant l'exploration diagnostique, il suffit d'une attelle palmaire pour assurer la contention pendant une quinzaine de jours.

Pour les fractures les plus graves, une première indication résulte de l'acuité des accidents inflammatoires du début; une autre plus importante encore impose la nécessité d'une immobilisation prolongée par des appareils inamovibles; la dernière se rapporte à l'atrophie musculaire et aux adhérences de la synovite tendineuse. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La vaccination obligatoire. — M. Hervieux conclut de la lecture des nombreux mémoires qui ont été publiés sur la vaccine dans les colonies qu'elle est, dans la plupart d'entre elles, à l'état endémique. Les indigènes opposent la plus grande résistance à la vaccine et aux mesures d'hygiène, une fois la maladie déclarée. Aussi les médecins de l'armée et de la marine réclament-ils la vaccine obligatoire qui, seule, pourra délivrer nos colonies de la variole.

En France, où les populations résistent beaucoup moins à la vaccine, les conseils d'hygiène des départements réclament à peu près tous une loi rendant les vaccinations et revaccinations obligatoires.

M. Hervieux pense donc que l'on devrait faire une loi rendant la vaccine obligatoire.

M. Le Fort veut combattre les conclusions de M. Brouardel, qui tendent à obtenir le vote d'une loi rendant la vaccine obligatoire. Il propose les conclusions suivantes :

« Les épidémies de variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, n'existant que par la multiplicité des contagions, il est à désirer que l'isolement effectif des individus atteints, dans leur domicile comme dans les hôpitaux, et la désinfection de tout ce qui peut transmettre la maladie, soient imposés par la loi.

« En ce qui concerne la variole, les individus de tout âge pouvant être rendus réfractaires à la contagion par la vaccine, il est à désirer que le service vaccinal soit sévèrement organisé en France, que le vaccin animal soit seul employé, et qu'il soit mis facilement et gratuitement à la disposition des médecins, de manière à obtenir que tous les enfants soient vaccinés et tous les adultes revaccinés. »

Pour entraîner les convictions, on a fait le roman de la vaccination obligatoire en Prusse et en Angleterre; il est temps d'en faire l'histoire.

La vaccination obligatoire est une grave atteinte à la liberté individuelle. Pour imposer une telle loi, il faut d'abord prouver que la mortalité par variole est considérable, qu'on a pris inutilement toutes les mesures pour s'opposer à la contagion (l'isolement surtout),

qu'on a un service vaccinal irréprochable, que la vaccination est pour tout le monde gratuite, facile et qu'on n'a plus comme seul obstacle que la négligence des parents à faire vacciner leurs enfants.

Or, on ne connaît à peu près le nombre des décès varioliques que depuis 1886, et seulement pour 8 millions 573,574 habitants de 195 grandes villes; la moyenne des décès parmi ces habitants est de 2,929 par an, moins que n'en causent la rougeole et la diphthérie. Nous ignorons absolument la mortalité du reste de la population. Or, ce « reste » représente 29 millions 645,229 habitants des petites villes et villages.

On peut réduire la mortalité en isolant les varioleux et en vaccinant.

En ce qui concerne l'isolement, sauf à Paris, il n'y a rien; nulle part, il n'y a d'hôpital spécial pour les varioleux; partout, le varioleux traité à domicile peut transmettre la maladie à ceux qui l'approchent.

Cependant, la création d'hôpitaux spéciaux à Paris a eu pour résultat, les décès varioliques étant de 55 p. 100,000 de 1881 à 1888, de faire tomber cette mortalité en 1888 à 11, en 1889 à 5, et pour les neufs premiers mois de 1890 à 3.

On ignore le nombre des enfants non vaccinés, et les statistiques à cet égard accusent un nombre de vaccinés supérieur au nombre d'enfants vivants.

Le petit nombre des vaccinés peut tenir à trois causes : la résistance à la vaccination, la négligence des parents ou la difficulté de faire vacciner les enfants. Cette dernière difficulté est presque insurmontable dans les campagnes. M. Le Fort a interrogé 85 médecins de 85 départements; ils ont répondu que, s'ils ont du vaccin, c'est qu'ils l'achètent. Le service de vaccine de l'Académie ne reçoit pas une dotation suffisante. En Angleterre, le service analogue reçoit 196,000 francs; en France, on ne donne que 6,000 francs.

En Prusse, la vaccination obligatoire existe depuis 1835, mais est accompagnée d'un grand nombre de mesures toutes dirigées contre la contagion possible. La mortalité était de 54 p. 100,000 habitants en 1834 et de 9 en 1855. Cette mortalité remonta à 46 et 62 en 1864, en 1866, années de guerre où les précautions furent moins bien prises. En 1870, les prisonniers français importèrent la variole en Prusse. La mortalité totale monta de 4,200 en 1870 à 59,000 en 1874 et 77,000 en 1872. En 1874, la vaccine fut rendue obligatoire dans l'empire, mais cela ne suffit pas pour diminuer constamment la mortalité, et ce n'est que depuis que l'on isole toute maison où il y a un varioleux que cette mortalité est tombée au minimum.

En Angleterre, la vaccination obligatoire, qui a rencontré de la résistance de la part des populations, n'a pas empêché le développement d'épidémies, et la mortalité est restée élevée jusqu'en 1885. A partir de ce moment, on isola les varioleux et la mortalité s'abaissa énormément. En 1885, il était mort à Londres 1,419 varioleux; il n'en est mort qu'*un* en 1889. Cette diminution de la variole à Londres a eu la plus heureuse influence sur le pays tout entier, dans lequel la maladie a beaucoup diminué de fréquence.

M. Le Fort est partisan de la vaccine, c'est dans l'intérêt du vacciné, parce que le vacciné a deux fois plus de chances que le non vacciné d'éviter la variole et qu'il a vingt-six fois plus de chances de ne pas mourir de la variole. Or, on veut la vaccine obligatoire parce qu'on regarde le non vacciné comme destiné à contracter la variole et à devenir un danger public. Donc, dans l'intérêt public on demande une loi qui impose obligatoirement la vaccine à un enfant qui n'a qu'une chance excessivement minime de contracter la variole, et on ne demande pas une loi pour protéger la société contre un varioleux qui est un danger actuel, certain.

Il y a des personnes qui regardent la vaccine comme un fléau, qui croient qu'elle prédispose à la fièvre typhoïde, au cancer, à la phthisie. Que cette opinion soit ou non discutable, il est certain qu'imposer à ces personnes la vaccination, c'est attenter à la liberté individuelle.

« On n'a pas le droit, dit M. Le Fort, d'imposer à la conscience des doctrines qu'elle repousse, d'inoculer malgré moi, à mon corps ou au corps de mon enfant, un virus quelconque ».

Jamais une loi aussi attentatoire à la première de toutes les libertés ne pourra être votée par une Chambre française. Elle a été repoussée en 1868 par le Sénat impérial. En 1881, le projet de loi Liouville, appuyé par l'Académie, n'a pas été au delà de la première

lecture. Si cette loi était votée, elle ne serait pas plus acceptée en France, qu'elle ne l'est en Angleterre.

Dans ce pays, les résistances individuelles sont devenues collectives, et une ligue puissante poursuit l'abrogation de la loi sur la vaccine obligatoire. Robert Peel, John Bright, Gladstone sont opposés à la loi.

Sous la pression de l'opinion publique, le gouvernement anglais a nommé une commission de quatorze membres, qui doit rechercher si la vaccination est utile et si l'on ne peut pas la remplacer par autre chose. La loi rendant la vaccination obligatoire a eu pour effet de compromettre en Angleterre la vaccine elle-même.

« Une loi n'est efficace, dit en terminant M. Le Fort, que si elle est conforme au génie particulier du peuple auquel elle doit s'appliquer. Notre caractère national se rapproche-t-il du caporalisme prussien ou du libéralisme anglais ? C'est à vous de répondre. Quant à moi, ma conviction est faite depuis longtemps et je vous dis ceci : la vaccine est entrée dans les mœurs françaises. L'obstacle à la vaccination est dans la difficulté de se faire vacciner. Ne compromettez pas cette situation par des mesures imprudentes ; ne nous forcez pas, nous partisans dévoués de la vaccine *facultative*, à devenir les adversaires implacables de la vaccine *obligatoire*.

« Demandez l'organisation du service vaccinal ; obtenez que chacun puisse facilement, gratuitement, faire vacciner ses enfants ; obtenez contre la propagation du germe contage variolique de rigoureuses mesures, et, quand cela aura été fait, la variole sera bien près de disparaître. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 janvier. — Présidence de M. E. Labbé.

Sommaire : *Epilepsie cardiaque et tachycardie paroxystique. — Paralysie faciale hystérique.*

M. Talamon a observé, avec M. Lecorché, un cas de tachycardie essentielle, analogue à ceux que M. Debove a rapportés dans une des dernières séances, mais présentant quelques particularités qui n'ont pas été jusqu'ici signalées, et qui cependant peuvent faire la lumière sur la nature de cette affection, du moins dans un certain nombre de cas.

C'était un homme de 53 ans, n'ayant jamais eu de crises nerveuses, qui, à la suite d'une chute sur la tête, fut pris d'un délire furieux pendant un mois et demi. Puis, il eut des crises de tachycardie, débutant brusquement par du vertige, s'accompagnant d'une oppression et d'une anxiété extrêmes, et se terminant brusquement aussi par une sensation cérébrale bizarre. Ces crises survenaient trois ou quatre fois par mois ; elles duraient une demi-heure, et présentaient tous les caractères de la tachycardie essentielle.

L'auscultation révélait une précipitation considérable des battements du cœur (200 par minute) et l'on entendait un roulement sourd, continu, mais sans intermittences ni souffles ; il n'y avait donc pas de lésion valvulaire. Après la crise, le cœur battait normalement, 76 fois par minute.

Certaines particularités de ce cas de tachycardie attirent l'attention. En effet, on y trouve tout d'abord une relation évidente entre les phénomènes cardiaques et des troubles cérébraux intenses consécutifs à un traumatisme crânien ; de plus, un vertige initial ouvrant brusquement la scène et une sensation cérébrale bizarre terminant brusquement l'attaque.

Ces particularités permettent de rapporter ce cas de tachycardie à une variété d'épilepsie, « l'épilepsie partielle » de Trousseau, qu'on pourrait encore nommer « épilepsie locale » par analogie avec ce qu'on observe dans l'hystérie. Ces formes larvées de l'épilepsie sont toujours caractérisées par une invasion brusque, une marche rapide, une cessation soudaine. Trousseau rangeait dans le cadre de ces épilepsies partielles la névralgie épileptiforme de la face, certaines migraines, certains cas d'angine de poitrine, des convulsions douloureuses limitées à un côté du corps.

Le cas de tachycardie rapporté plus haut peut être rapproché de ces affections ; il paraît être de même nature. Ce serait une véritable épilepsie cardiaque.

Il ne faudrait point généraliser cette interprétation à tous les faits de tachycardie paroxystique. Mais une telle hypothèse peut prendre place à côté de celle de MM. Debove et Huchard qui rattachent la tachycardie essentielle à une névrose bulbaire.

M. Talamon pense donc qu'il y aurait lieu de rechercher : 1° si, chez des épileptiques avérés, la crise de tachycardie n'est pas « l'équivalent » d'une crise épileptique, au même titre que certaines autres formes au petit mal; 2° si, chez les tachycardiques, on ne trouve pas une tare héréditaire névropathique.

M. Huchard : On ne peut guère admettre une origine épileptique de la tachycardie essentielle. Car les manifestations de l'épilepsie se montrent surtout chez des individus jeunes, la tachycardie, au contraire, chez des gens âgés. La tachycardie essentielle, de nature épileptique, serait en tout cas extrêmement rare. D'ailleurs, il en est de même de ces angines de poitrine prétendues épileptiques, qui ne doivent sans doute leur existence qu'à des erreurs de diagnostic.

— M. Gilbert Ballet communique, au nom de M. Boinet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, un cas de paralysie faciale hystérique analogue à ceux qu'il a lui-même présentés naguère à la Société.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, qui, il y a sept ans, fut prise d'une paralysie faciale du côté droit, à la suite d'une émotion vive. Cette paralysie, qui depuis cette époque a persisté, est limitée au facial inférieur, elle est incomplète et elle s'accompagne d'anesthésie de toute la région. Elle présente des variabilités d'intensité très fréquentes. La paralysie faciale hystérique est toujours incomplète et variable. Mais l'ancienneté de ce cas (début il y a sept ans) montre que ces paralysies peuvent être très persistantes.

Quant aux malades présentés à la Sociétés par M. Ballet, ils ont été examinés par M. Charcot, qui a nettement reconnu la nature de leur affection.

M. Rendu a observé dernièrement une paralysie faciale chez une femme robuste ne présentant aucun stigmate d'hystérie. La malade attribuait sa paralysie à un coup de froid; cette étiologie semblait probable en effet, car l'orbiculaire était pris. Mais, comme il y avait de l'anesthésie superposée à la paralysie, on pouvait se demander si l'hystérie ne jouait pas un certain rôle.

La malade guérit du reste rapidement par l'application de sangsues au devant de l'apophyse mastoïde.

M. Ballet : La superposition de l'anesthésie à la paralysie est une présomption d'hystérie, mais ce n'en est point un signe de certitude.

De quelques nouvelles médications.

Traitement de la dysenterie aigue par le sel d'Epsom, par le docteur A. Leahy. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1890, n° 48.)

L'auteur publie les résultats de 95 cas de dysenterie traités par lui à Hyderabad. Tous ces cas se rapportent à des malades pauvres, qui cherchent un asile dans les hôpitaux. De ces 95 malades, 3 sont morts, dont 2 étaient déjà moribonds à leur arrivée à l'hôpital. Selon l'auteur, il faut en moyenne deux jours de traitement par le sel d'Epsom pour faire disparaître les symptômes de dysenterie. Après la disparition des symptômes dysentériques, on administrait aux malades une potion astringente, avec de l'opium. Le mode d'administration de l'auteur est le suivant : on prend une quantité de sulfate de magnésie suffisante pour saturer 7 onces (210 grammes) d'eau, et on y ajoute 30 grammes d'acide sulfurique dilué. On prend une à deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau toutes les heures jusqu'à l'effet. On peut administrer, en même temps, du sulfate de morphine ou des lavements d'amidon laudanisés.

L'auteur affirme qu'au début de la dysenterie les solutions saturées de sel d'Epsom agissent d'une façon étonnante. S'il y a de la fièvre, elle disparait; le sang et les mucosités disparaissent des selles et elles deviennent abondantes, féculentes et bilieuses; le ténesme cesse. L'anxiété des malades diminue; les fonctions de la peau deviennent plus

actives, et le sommeil apparait après les premières doses. C'est principalement dans la dysenterie aiguë que la méthode du docteur Leahy agit favorablement; plus le cas devient chronique, moins bien agit cette méthode.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Ce traitement ne produit pas d'effets dépressifs sur le système nerveux;

2° Il ne produit ni nausées, ni vomissements;

3° Il calme et repose le malade;

4° Ses effets sur la muqueuse intestinale sont salutaires, puisqu'il fait disparaître l'hyperhémie, de sorte qu'il prévient la formation des ulcères, et ceux qui se sont déjà formés sont placés dans des conditions plus favorables pour la guérison. Il prévient l'inflammation aiguë et l'engorgement de la muqueuse, qui aboutit à une mortification des tissus. — P. N.

THÈSES PRÉSENTÉES ET SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1890.

Damian (Charles) : Etude sur l'action physiologique de l'électricité statique. — Menut (Adhémar) : De l'atrophie musculaire progressive myopathique (type Landouzy-Djérine). — Faure (Edmond) : Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. — Brosset (Joseph) : Contribution à l'étude des connexions du cervelet. — Chabalier (Elie) : Du frottement péricardique et spécialement de sa valeur séméiologique et de ses diverses modifications par les mouvements respiratoires. — Thilly (Léon) : Des déviations et épaississements de la cloison nasale et de leur traitement par l'électrolyse. — Le Goïc (Victor) : La nostalgie et son diagnostic. — Cros (Léon) : Sur un nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (procédé de Paul Segond). — Faure (Louis) : Contribution à l'étude des méningites spinales chroniques. — Aune (Charles) : Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique. — Dessirier (Louis) : Des ténotomies sous-cutanées et à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique. — Coup (Edmond) : Essai d'histoire médicale. La chirurgie à Lyon, son développement, ses grands hommes. — Garai (Casimir) : Essai sur 100 cas de fièvre typhoïde infantile traités par les bains froids à la clinique des maladies des enfants avec 11 tracés thermométriques. — Ulliel (Gabriel) : La grippe et le système nerveux et en particulier des complications cérébro-spinales dans la convalescence. — Bonnaud (Paul) : Contribution à l'étude de la chorée infantile d'après 235 observations recueillies à la clinique des maladies des enfants. — Huot (Henri) : Etude sur le traitement des fractures de la rotule par le massage sans immobilisation. — Marsais (Gaston) : Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. — Cuilleret (Jean) : Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire. — Chantre (Edmond) : Etude sur la restauration des paupières. — Decorps (Henri) : Contribution à l'étude des péritonites chroniques idiopathiques chez les alcooliques et les cardiaques. — Giorgi (Ange-Toussaint) : Du diabète sucré en rapport avec les lésions du pancréas.

FORMULAIRE

TOPIQUE CONTRE LE FAVUS. — Kaposi.

Acide phénique	5	grammes.
Glycérine	50	—
Alcool	50	—

Faites dissoudre, pour usage externe. — Sur les points du cuir chevelu où siège le favus, on applique un morceau de flanelle imbibé d'huile. Au bout de vingt-quatre heures, on enlève par le raclage les masses ramollies et gonflées. On épile; on frictionne deux fois le jour au savon vert. Enfin, on trempe des compresses dans le topique ci-dessus, et on les applique sur les points malades. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1891, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bouteillier (de la Ferté-Fresnel), Battandier (d'Alger), Carassus (de Milly), Costa, Coutagne (de Lyon), Despaux (de Crouy), Doué (de Cherbourg), Demons (de Lille), Herrgott (de Nancy), Lefeuvre (de Rennes), Malécot (de Paris), Moussous (de Bordeaux), Ch. Richet, Signez, Thomas, Aug. Verneuil (de Paris), Weber, médecin inspecteur, directeur du Val-de-Grâce.

MM. les pharmaciens Capdeville (d'Aix), Guinard (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ajello (d'Alger), Apiau (de Paris), Alibert (de Montauban), Benesch, médecin-major, Blache (de Paris), Blanchot (de Granvelle), Blé (de la Roche-sur-Yon), Brou de Laurière (de Périgueux), Barette (de Caen), Baudry (de (Lille), Baumel (de Montpellier), Bax (d'Amiens), Bordas, Bourgeois (de Paris), Canu (d'Ardres), Charvot (de Paris), Chassang (de Cerest), Cherbuliez (de Paris), Catois (de Caen), Crouzat (de Paris), Daffas (de Salviac), Dard (de Custines), Desanty (de Moutiers-Sainte-Marie), Dulac (de Montbrison), Delattre, Douliot, Demeny (de Paris), Fauré (de Loubens), Fichot (de Nevers), Francos (d'Annecy), Geoffroy (de Mouant-Fartoux), Geschwind, médecin-major, Gorry (de Saint-Laurent-du-Médoc), Guiraud (de Lavaur), de Girard (de Montpellier), Gley (de Paris), Grandin (de Tours), Guillemet (de Nantes), Héron (de Tours), Hivert (de Lyon), Jagot (d'Angers), Labatut (de Grenoble), Lagrange (de Bordeaux), Larché (d'Avignon), Laugier (de Paris), Ledieu (de Guer), Lejars (de Paris), Lestage (des Landes), Lesueur (de Vimoutiers), Marc-Laffont, Maréchal (de Paris), Mesnard (de Saint-Gervais-les-Trois-Clochers), Meunier (de Paris), Moret (de Reims), Nicolas (de Nancy), Paganel (de Sylvestre), Pujade (d'Amélie-les-Bains), Petel (de Rouen), Pignot (de Paris), Poulet (de Lyon), Ranque, Rondeau (de Paris), Roux (de Marseille), Rouland (de Niort), Simon (de Nancy), Toussaint (d'Argenteuil), Vialaneix (d'Egleton), Yardin (de Laignes).

MM. les pharmaciens Astre (de Montpellier), Dufilha (de Saint-Cloud), Dorveaux (de Paris), Eberlin (de Marseille), Gigon (de Paris), Hariot (de Méry-sur-Seine), Langlet (de Saint-Quentin), Larrieu (de Bagnères-de-Luchon), Lerety (de Paris).

Société médicale du XVI[e] arrondissement. — Le bureau de la Société médicale du XVI[e] arrondissement, pour l'année 1891, est composé comme il suit :

Président, M. Larcher; vice-président, M. Bezançon; secrétaire général, M. Chouppe; secrétaires des séances, MM. Fleury et Vaucher; trésorier, M. Wickersheimer.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont promus à la première classe : MM. les professeurs Azam et Bouchard.

Sont promus à la deuxième classe : MM. les professeurs de Fleury et Perrens.

Sont promus à la troisième classe : MM. les professeurs Lannelongue, Joliet, Dupuy, Pitres, Masse, Vergely, Coyre, Morache, Picot, Layet, Guillaud et Figuier.

Sont promus à la quatrième classe : MM. les professeurs Moussous, Demons, Viault, Bladal, Barez et Bergonié.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bergès (de Goutz); Piachaud (de Genève); Ronzier-Joly (de Clermont-l'Hérault).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE**. — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Mesures prophylactiques contre la variole, la diphthérie et la fièvre typhoïde.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz vient de rédiger, sur la prophylaxie des maladies susdites, un rapport qui a été adopté par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Ce rapport contient des instructions claires, nettes, suffisamment détaillées sur les mesures à prendre pour éviter la propagation de ces maladies. Ces mesures sont, sauf quelques modifications, à peu près les mêmes dans les trois cas.

Les instructions établissent d'abord le mode de propagation de la maladie.

La variole et la diphthérie sont éminemment contagieuses. La diphthérie se propage par les fausses membranes et les produits de l'expectoration. Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections, et la contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée ou par tout objet souillé par elles. Les mesures préventives sont : pour la variole, la vaccination et la revaccination ; pour la fièvre typhoïde, l'usage de l'eau bouillie pour la cuisine, le lavage des légumes, etc. ; pour la diphthérie, l'isolement et la désinfection.

FEUILLETON

CAUSERIE

La façon extravagante et brusque dont fut lancée la découverte de M. Koch a donné lieu à bien des commentaires, et les chercheurs d'explications se sont mis en quête.

L'un des meilleurs d'entre eux, dit M. le docteur de Backer dans la *Revue générale de l'antisepsie*, nous met en mesure de donner l'information suivante : c'est la version la plus véridique que nous ayons connue des derniers échos scientifiques.

On sait combien le puissant empereur d'Allemagne a peur de son oreille. Les douleurs auxquelles il est sujet l'impatientent souvent et le rendent très perplexe sur l'issue de son mal. Une nuit de la fin d'octobre, après une chasse où le vent et la pluie avaient cinglé son visage, il éprouva des douleurs intolérables. Le médecin de palais fut obligé d'intervenir par plusieurs piqûres de morphine.

Le lendemain, plus inquiet que jamais, l'empereur exigea une consultation à laquelle prirent part von Bergmann, Lévy, ainsi que deux amis du docteur Koch. Il leur enjoignit d'avoir à lui déclarer nettement leur avis :

« Je ne suis pas une femmelette, dit-il, et je suis capable d'entendre la vérité. Ce que j'ai est-il cancéreux ou est-ce tuberculeux ? »

Trois des médecins présents opinèrent pour la tuberculose osseuse, et décidèrent qu'on

Dès qu'un cas de ces maladies se produit, il faut le déclarer au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, ou à la mairie, dans les communes du ressort de la Préfecture. L'administration se charge d'assurer l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé, dans le cas où on ne pourra le soigner et l'isoler convenablement à domicile. Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises gratuitement à la disposition du public par l'administration.

Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Le malade sera tenu dans un grand état de propreté. La chambre des typhiques sera aérée plusieurs fois par jour. Pour ceux-ci, on évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de la peau, vésicatoires, sinapismes, etc. Il est inévitable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade, et surtout les enfants.

Les personnes appelées à donner des soins à un varioleux devront être revaccinées.

Toutes les personnes qui donnent des soins aux trois catégories de malades se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau) toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

Les linges, les objets qui ont touché aux malades, les déjections, etc., doivent être désinfectés à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes : les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre; les autres, faibles, renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les déjections et les

---

ferait la recherche des bacilles au laboratoire de Koch. Les bacilles furent trouvés, dit-on, et l'empereur voulut les examiner lui-même. Dès ce moment, il n'eut plus qu'une seule pensée : « Comment! se dit-il, un savant de mon empire aura pu rendre réfractaires à la tuberculose de nombreux animaux et moi, empereur, je ne bénéficierai point de cette découverte? Cela ne se peut. » — Il résolut de se faire inoculer. — Koch refusa énergiquement, objectant que de l'animal à l'homme les effets pouvaient n'être pas les mêmes, que de longues expériences avaient besoin de se multiplier, que les nouvelles méthodes étaient perfectibles, etc., etc... Le maître, impatient, ne voulut rien entendre... *il fit conclure* qu'il était temps d'expérimenter sur l'homme... On commença donc à la Charité de Berlin; on continua un peu partout, dans le monde entier.

L'empereur observe les résultats; il marque les points de la lutte du remède et du mal ...; il attend les guérisons. Quant à celui de qui nous tenons ces détails, il ajoutait : « La plus belle preuve de confiance que le gouvernement allemand compte donner à la méthode de Koch, ce sera de permettre l'inoculation de l'empereur. »

Nous sommes absolument de son avis. Seulement...., comme dit un personnage des *Faux Bonshommes* qu'on joue en ce moment à l'Odéon, depuis que cela a été écrit, il est passé pas mal d'eau sous les ponts; elle a même eu le temps d'y geler. La lymphe impériale (on peut l'appeler ainsi, puisque l'empereur veut en faire un remède-secret d'État) a fait des siennes; les points que Guillaume II a marqués dans la lutte du remède et du mal ne sont pas en faveur du premier, loin de là; le mal l'emporte de beaucoup et nous sommes loin de nous en réjouir; les points qu'on a dû lui marquer

linges souillés; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles.

Pour désinfecter les matières, on versera, dans un vase destiné à les recevoir, un demi-litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues.

Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes. Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection. (A Paris, des voitures spéciales viennent chercher à domicile les objets à désinfecter, et elles les rapportent après leur passage à l'étuve municipale. Dans la banlieue, les étuves sont mobiles; elles sont conduites à proximité de l'immeuble où il y a des objets à désinfecter.)

Les objets de literie des enfants atteints de diphthérie et, en particulier, les berceaux, doivent être également portés à l'étuve de désinfection. Les jouets de l'enfant doivent être brûlés. Les cuillers, tasses, verres, etc., devront, aussitôt après avoir servi au malade, être plongés dans l'eau bouillante.

Pendant la maladie, les poussières du sol de la chambre seront enlevées chaque jour et immédiatement brûlées. Avant le balayage, on projettera sur le plancher de la sciure de bois humectée avec une solution de sulfate de cuivre (12 grammes par litre).

La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au

---

sont nombreux; il y en a même quelques-uns de tout à fait noirs, et ils doivent actuellement tenir une grande place dans l'existence du souverain. Quant à ceux qu'on avait marqués tout d'abord en faveur du remède, il a fallu les démarquer pour la plupart.

L'empereur doit se louer de la résistance que M. Koch a opposée à ses insistances, car, s'il l'eût inoculé, il est plus que probable que les bacilles qui sont dans l'oreille de l'auguste patient auraient fait irruption dans son crâne et l'auraient tué. Que n'a-t-il toujours eu le même courage et la même force de résistance! Que n'a-t-il fait comme notre Pasteur qui, avant de conclure qu'il était temps d'expérimenter sur l'homme le virus de la rage, ne prit conseil que de savants médecins comme Vulpian et Grancher, qui eux-mêmes n'étaient guidés dans leurs conseils que par la science et le désintéressement le plus parfait. Pauvre lymphe! Et cependant il y a là quelque chose! — Quoi? C'est ce que nous saurons peut-être bientôt. Car une dépêche de Berlin nous apprend que le ministre des finances, M. Miquel, vient de déclarer à la Chambre des députés « que la composition du remède de Koch sera bientôt publiée, — (elle l'est depuis hier. N. de la R.) — le gouvernement ne voulant pas faire une affaire d'une découverte qui appartient à l'humanité ».

Le *Bulletin médical* fait remarquer au sujet de cette dépêche que le gouvernement allemand parle de divulguer la composition de la lymphe de Koch, alors seulement que, d'après la grande majorité des observateurs, — Virchow notamment —, cette lymphe serait beaucoup plus nuisible qu'utile. On parlait tout différemment quand on pouvait penser que l'exploitation du fameux remède serait une excellente affaire pour l'Etat prussien.

commissaire de police du quartier. Dans la banlieue, c'est le maire qui doit assurer ce service.

Un médecin délégué est chargé d'assurer l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

C'est déjà un grand pas de fait dans la prophylaxie des maladies contagieuses et bien utile. Mais quand s'occupera-t-on de la prophylaxie de la tuberculose, qui a elle seule fait plus de victimes que la variole, la diphthérie et la fièvre typhoïde réunies ?

Opinion de M. Virchow sur le mode d'action de la lymphe de M. Koch.

La communication faite par M. Virchow à la Société de médecine de Berlie, et qui a été traduite *in extenso* par plusieurs journaux français, est un des documents les plus importants qui nous soient arrivés d'Allemagne sur la question. Elle achève d'enterrer la lymphe de Koch non seulement comme moyen thérapeutique, mais encore comme moyen de diagnostic.

La lymphe de Koch est restée, comme nous le savons déjà, impuissante à réveiller des foyers tuberculeux évidents. Nous n'insisterons donc pas sur cette partie du rapport de M. Virchow. Le point le plus intéressant nous paraît être son explication de l'aggravation du mal à la suite des injections de lymphe. Cette aggravation se fait de deux manières : 1° par aspiration des produits nécrosés des cavernes et des bacilles, qui vont former de nouveaux foyers dans la profondeur des poumons, le long des bronches ; 2° par métastase ou embolies bacillaires, les bacilles mis en liberté par la destruction des parois des foyers tuberculeux enflammés allant, par la voie vasculaire, se coloniser au loin. C'est ainsi que s'expliquent les cas dans lesquels sont survenues une ulcération de la cornée chez un individu n'ayant jamais présenté aucun trouble de la vision; une névrite chez des sujets n'ayant jamais souffert; des arthrites dans des articulations restées jusqu'alors indolentes, etc.

« On alléguait exclusivement alors, pour essayer de justifier une conduite en dehors des mœurs scientifiques et des sentiments d'humanité : 1° que la lymphe était très difficile à préparer; 2° que son emploi était très dangereux. Nous ne sachons pas que la première considération ait changé de valeur. Quant à la seconde, elle n'est que trop prouvée, mais peut-être pas seulement dans le sens que lui donnait alors M. le ministre von Gossler.

« Si donc on divulgue demain ce qu'on a caché si mystérieusement jusqu'ici, c'est, suivant toutes probabilités, que la monopolisation de la lymphe n'a plus chance d'enrichir désormais les hôteliers de Berlin. »

Je crois, moi, qu'il y a une autre raison là-dessous. Il y a longtemps qu'on a prêté le propos suivant à M. Virchow. Un de ses élèves le priant de lui expliquer certain passage de son *Traité des tumeurs*, qu'il ne comprenait pas bien, Virchow lui dit : « Je ne comprends pas bien non plus ; attendons qu'on ait traduit mon livre en français, nous comprendrons probablement mieux l'un et l'autre. »

Peut-être est-ce le même sentiment qui a fait prendre à l'illustre M. Koch le parti de divulguer sa découverte. Il sait que son produit a de grandes et puissantes propriétés, mais il ne sait pas les diriger, il ne les comprend pas bien. Il pense peut-être que, lorsque nos savants connaîtront sa formule, son *modus faciendi*, ils tireront de sa découverte un meilleur parti que lui, ou tout au moins l'aideront à la mieux comprendre. Ainsi soit-il.

* * *

Ah ! si Rabelais vivait encore, quel beau conte il ferait sur la donnée suivante !

L'honneur de trouver cette explication devait naturellement revenir à M. Virchow, qui a si bien étudié autrefois le processus embolique, lequel lui doit sa désignation scientifique. — L.-H. Petit.

REVUE DES CLINIQUES

L'influenza chez les enfants, par M. le docteur Tordeus (1). — La dénomination d'influenza, d'origine italienne, est employée pour ainsi dire, à l'exclusion de toute autre, par les médecins russes, anglais et allemands; elle sert à désigner une maladie infectieuse aiguë, peut-être même contagieuse, caractérisée par des phénomènes nerveux et par des symptômes de catarrhe des voies respiratoires et des voies digestives. Elle correspond à la *grippe épidémique* des médecins français. Je dis expressément grippe épidémique, car vous savez que le public a la coutume d'appeler grippe un simple rhume de cerveau ou de poitrine; de là une certaine confusion qu'il serait si facile de faire cesser en réservant le nom d'influenza à l'affection épidémique analogue à celle qui nous visite actuellement. Car, sachez-le bien, l'influenza n'est pas la grippe dans son affection vulgaire; ce n'est pas un catarrhe des bronches, un coryza, une fièvre catarrhale qui règnent généralement dans nos climats à certaines époques de l'année; son caractère d'épidémicité, ses symptômes et sa marche la distinguent suffisamment de toutes ces affections banales.

Cette manière de voir n'est pas encore acceptée par tous les médecins; il en est encore aujourd'hui qui considèrent l'influenza comme une affection catarrhale des voies respiratoires, se montrant de temps à autre à l'état épidémique sous l'influence de certaines perturbations atmosphériques. Or, l'étude des conditions étiologiques qui président au développement de ces deux états pathologiques suffit déjà à démontrer le peu de fondement de cette allégation.

En effet, tandis que la bronchite augmente de fréquence avec les latitudes, qu'elle se montre surtout pendant les saisons froides et humides, à la suite de changements brusques de la température, l'influenza sévit également sous toutes les latitudes, par

(1) *La Clinique*, 1890.

Les *Archives de pharmacie* contiennent, sous la signature de M. Carles, professeur à la Faculté de Bordeaux, un article sur les urines spermatisées, conçu au point de vue médical, dont voici le résumé.

« Un pharmacien ayant à faire l'analyse d'une urine de femme, trouva dans cette urine des spermatozoïdes, à l'examen microscopique. Embarrassé de savoir s'il devait consigner ce détail dans son rapport, il s'est adressé à M. Carles, qui lui a répondu dans les termes suivants :

Je me suis trouvé, il y a quelques années, dans un cas assez semblable au vôtre, et voici quelle a été ma conduite :

Un monsieur, qui occupait une position sociale assez élevée et que je voyais assez souvent pour l'analyse de ses propres urines, me remit, un jour, celles de sa femme, afin d'en avoir aussi une analyse complète. L'essai démontra qu'elles étaient de composition normale, mais l'examen du sédiment décela quelques spermatozoïdes.

Devais-je les mentionner ou non? Comme vous, je trouvais le point des plus délicats. Mon client se doutait-il qu'à l'aide du microscope on peut avoir la preuve des actes les plus intimes de la vie féminine? Le savait-il et voulait-il avoir une réponse positive dans cette circonstance spéciale? Je ne le pense pas. Dans tous les cas, j'estimai que mon devoir était de taire ce détail, et, depuis ce moment, lorsqu'il s'agissait d'urines féminines, remises comme telles ou reconnaissables à leurs éléments histologiques spéciaux, je me suis fait une règle de n'indiquer, s'il y a lieu, les spermatozoïdes que lorsque

toutes les températures, dans les climats torrides comme dans les contrées froides, en été aussi bien qu'en hiver.

Alors que la bronchite frappe de préférence les enfants et les vieillards, les individus dont la résistance organique est diminuée par les privations et par les maladies, les hommes que leur profession expose aux intempéries de l'air, aux brusques changements de température, l'influenza ne fait aucune distinction d'âge, de sexe, de race; elle frappe le riche comme le pauvre, une constitution robuste comme un organisme chétif. Toutefois, dans certaines épidémies, elle semble faire un choix parmi ses victimes : tantôt ce sont les enfants qui en sont particulièrement atteints; tantôt elle les épargne complètement. Il m'a semblé que, dans l'épidémie actuelle, les vieillards et les nourrissons n'ont pas été trop éprouvés.

Dans plusieurs familles, j'ai vu l'affection frapper successivement les enfants d'un certain âge, les parents et les domestiques, tandis que les grands-parents et les tout jeunes enfants restaient absolument indemnes.

Ces considérations prouvent bien que l'influenza n'est pas une affection catarrhale banale, résultant des intempéries atmosphériques; au contraire, sa grande diffusibilité, la soudaineté de ses phénomènes morbides portent à croire qu'elle est engendrée par un infiniment petit (qui n'a pas encore été découvert jusqu'à présent) qui est contenu dans l'air et qui affecte l'organisme avec une rapidité, une puissance de propagation telle qu'on ne la rencontre dans aucune maladie infectieuse. Dans l'espace de quelques jours, des milliers d'individus sont atteints par la maladie, qui, loin de suivre les voies ordinaires de communication, procède par bonds et envahit presque simultanément les contrées les plus éloignées.

Ces caractères qui distinguent l'influenza des autres maladies épidémiques tendraient également à prouver, selon certains auteurs, qu'elle n'est pas contagieuse, c'est-à-dire transmissible d'individu à individu, mais infectieuse seulement. La question ne me paraît pas définitivement résolue. Pour ma part, je reste indécis, les faits dont j'ai été témoin ne m'ayant rien appris de bien positif au sujet de la contagion. J'ai vu dans des familles l'affection se développer *successivement* chez les enfants et chez les parents; je n'ai constaté aucun cas chez les petits malades de mon service qui n'avaient aucune relation avec l'extérieur; mais tout cela peut-il être invoqué en faveur de la contagion? Je ne le pense pas et le doute reste toujours permis. En tout cas, ce qui est certain, c'est que la contagion ne saurait suffire à expliquer la rapidité de l'extension de l'épidémie.

On s'est beaucoup préoccupé, dans les journaux politiques et dans le public, du rap-

---

l'analyse m'est demandée par un médecin et que le rapport doit lui être directement remis.

Il est bien entendu que j'agirais de même si j'étais requis par la justice. »

***

Les *Archives de médecine militaire* donnent la relation chirurgicale du siège de Mayence, en 1793. En voici un extrait curieux : « Dans le nombre de ces énormes blessures, nous eûmes un phénomène bien singulier. Le 11 avril, il y eut une canonnade affreuse; en moins d'une heure, on nous apporta parmi nombre d'autres sept ou huit malades à amputer de différents membres. L'un des derniers était un petit volontaire de beaucoup de courage, qui souffrait étonnamment; j'ordonnai qu'on le déshabillât pendant que je donnais un coup d'œil à plusieurs opérations que faisaient les aides-majors. Revenant à lui avec le citoyen Rivière, qui devait l'opérer, nous aperçûmes une cuisse énorme, une dilacération très grande à la partie antérieure externe et moyenne inférieure, sous la peau qui était presque noire une convexité très dure qui parut d'abord n'avoir pas plus de deux pouces de diamètre; nous crûmes que c'était un biscaïen, je fis signe d'inciser la peau pour faire l'extraction. Quelle fut notre surprise lorsque nous vîmes qu'une incision de trois, quatre et même cinq pouces de longueur ne suffisait pas; enfin — c'était un boulet prussien du poids de treize livres. Le commissaire ordonnateur des guerres qui était présent le fit porter chez lui pour le conserver. Comment une masse aussi énorme eut-elle assez de force pour se loger ainsi dans la cuisse, et n'en eut pas

port qu'il y aurait entre l'influenza et certaines maladies épidémiques plus sérieuses; on a manifesté la crainte qu'elle pût en quelque sorte ouvrir les portes au choléra asiatique, par exemple. Tout porte à croire, fort heureusement, que ces craintes ne sont pas fondées; car, si nous comparons les épidémies d'influenza qui se sont montrées depuis le commencement de ce siècle avec les grandes épidémies de choléra, nous pouvons acquérir la conviction qu'il s'agit d'un propos avancé à la légère et non d'un fait basé sur des données certaines.

En passant maintenant à la description des symptômes et de la marche de l'influenza, je dois vous prévenir qu'il m'est impossible de tracer un tableau uniforme pouvant s'appliquer à tous les cas. C'est précisément un des caractères essentiels de l'influenza, de varier d'allures, de se présenter sous des formes qui varient selon les épidémies et selon les individus. Parfois ce sont les manifestations du côté de la poitrine qui dominent toute la scène : tantôt ce sont les symptômes abdominaux qui sollicitent particulièrement l'attention ; mais toujours on constate un abattement, une apathie, un cortège de phénomènes nerveux plus ou moins graves et peu en rapport avec les résultats fournis par l'examen des organes de la respiration ou de la digestion. Cela dit, voici comment les choses se sont présentées dans l'épidémie actuelle et chez les enfants, s'entend :

Brusquement (car je n'ai presque jamais observé de prodromes), les petits malades étaient pris de frissons et présentaient une grande sensibilité au froid ; la température du corps s'élevait rapidement et arrivait à 39° et même à 40°5. Ils accusaient de la fatigue, du malaise, se plaignaient violemment de douleurs dans les jambes, dans les reins, mais surtout dans la tête, douleur intense qu'ils limitaient souvent à la région frontale. La fréquence du pouls était en rapport avec la vivacité de la fièvre; celle-ci déterminait de l'agitation, du délire et même des convulsions, ou bien (et c'était le cas le plus fréquent chez les enfants d'un certain âge) de l'apathie, de l'indifférence, de la torpeur. La face était tuméfiée, injectée; l'œil brillant. Il existait dans certains cas du larmoiement, de l'enchifrènement; quelquefois, j'ai constaté des épistaxis assez violentes et ce phénomène, qui inquiétait beaucoup les parents, procurait du soulagement au malade et faisait disparaître la douleur de tête. Quelques individus se plaignaient de vertige.

La langue était rouge, couverte d'un enduit blanchâtre ou grisâtre, souvent très épais ; l'appétit était nul, la soif intense. Le petit malade était souvent tourmenté par des nausées et par des vomissements; il rejetait les aliments composant son dernier repas ou bien des matières glaireuses, filantes, acides.

Parfois il existait du picotement dans la gorge, de la douleur pendant la déglutition ;

---

assez pour passer outre? Je laisse ce problème à résoudre aux physiciens, mais il faut avoir vu de pareilles choses pour les croire.

Il ne restait plus d'autre parti à prendre que d'opérer cet homme ou de l'abandonner à une mort certaine; nous lui coupâmes la cuisse fort haut et avec beaucoup de peine. Lorsque nous eûmes fini, il nous demanda si c'était fait, et, sur ce qu'on lui répondit oui, il s'écria : « Vive la nation ! » Un grand nombre d'autres ont poussé ce cri après les opérations les plus cruelles.

Enfin, cet homme intéressant vécut vingt-sept jours et mourut presque subitement d'une fièvre putride, sans doute à la suite de quelque imprudence, puisque la cicatrice commençait à se faire et donnait au citoyen Rivière la plus grande espérance de le rendre à la patrie.

Je puis placer encore ici un autre fait, un trait de courage et de sang-froid. A l'instant où le magasin d'artifices sauta, le château reçut une secousse terrible. En cet instant même, j'amputais la cuisse à un soldat; comme je sciais l'os, entre l'ébranlement général, les vitres d'une très grande croisée, près de laquelle j'opérais, tombèrent sur le malade et sur moi. Ne sachant d'où cela provenait, je demandai à ceux qui m'environnaient ce que c'était. Le malade qui m'entendit me dit : « Faites toujours, ne vous inquiétez pas, vous en verrez bien d'autres! » Lorsque j'eus fini, il s'écria : « Vive la République! » et fut transporté gaiement sur son lit.

Voilà des exemples d'une force d'âme qui vaut certainement mieux que le chloroforme. Mais c'est rare. SIMPLISSIME.

la muqueuse du pharynx était légèrement injectée. Rarement, j'ai entendu les enfants se plaindre de douleur dans la poitrine, de sensation de chaleur derrière le sternum ou dans le cou. La toux a toujours été très modérée.

Habituellement, il existait de la constipation, rarement de la diarrhée ; les urines étaient rares, épaisses et laissant déposer, par le refroidissement, un sédiment rougeâtre.

Tous ces phénomènes ne tardaient pas à se calmer et à disparaître sous l'influence d'une abondante transpiration, et au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures les malades étaient, pour la plupart, complètement guéris.

Mais la marche n'a pas toujours été aussi rapide et dans les cas surtout où le début avait été moins brusque, où les phénomènes généraux avaient été moins violents et plus lents à se développer, la durée a été un peu plus longue et la convalescence plus pénible ; l'appétit avait de la peine à revenir ; les malades, bien que débarrassés de la fièvre, éprouvaient une certaine fatigue, une certaine dépression des forces et il fallait bien huit à dix jours de soin et de surveillance avant de les considérer comme absolument guéris.

J'ai rarement observé un catarrhe des bronches assez intense ponr réclamer un traitement spécial. Dans un cas, chez un garçon de deux ans et demi, l'affection qui avait débuté comme un catarrhe laryngien, fut accompagnée d'un accès de faux croup qui se produisit pendant deux nuits de suite. Chez une fillette de huit ans, la guérison fut retardée par l'apparition d'un catarrhe gastrique aigu (douleur vive à la région épigastrique, vomissements répétés, inappétence complète) et qui nécessita l'emploi de remèdes spéciaux, tels que glace, potion au bicarbonate de soude et eau de laurier-cerise, fomentations chaudes.

Aucun de mes malades n'a présenté de complications sérieuses, telles que la broncho-pneumonie, par exemple. Il est même à remarquer qu'ici, à la consultation de l'hôpital, jamais nous n'avons constaté moins d'affections pulmonaires. Tandis que les années précédentes, pendant les mois de décembre et de janvier, il ne se passait, pour ainsi dire, pas de jour sans que nous n'observassions un ou deux cas de pneumonie catarrhale, cette année-ci, nous avons à peine eu à soigner par semaine un ou deux enfants atteints d'une affection de ce genre. Cela tient probablement à ce que les parents terrorisés par l'apparition de l'épidémie que l'on dépeignait sous les couleurs les plus sombres, prenaient à l'égard des petits malades qui toussaient des précautions plus sévères et se gardaient bien de les exposer aux intempéries de l'air.

L'épidémie actuelle a donc été bénigne chez les enfants ; bénigne, à cause de la rapidité de la marche et surtout à cause de l'absence de toute complication d'une certaine importance. Malheureusement, il n'en a pas toujours été ainsi : dans certaines épidémies, les complications thoraciques, le développement de la tuberculose chez les individus prédisposés ont fortement contribué à augmenter, dans de fortes proportions, le chiffre moyen de la mortalité d'une localité ou d'un pays.

Quelques médecins ont signalé l'existence d'une éruption morbilleuse ou scarlatiniforme chez des malades qui offraient tous les symptômes de l'influenza ; pour ma part, je n'ai rien observé de semblable; mais je me garderai bien de nier que ces éruptions puissent se produire; en tout cas, elles ne constituent pas un symptôme insolite, car elles ont été observées à différentes reprises dans les épidémies antérieures ; dès lors, elles ne sauraient justifier l'idée d'une dengue modifiée ou d'une forme mixte de dengue et d'influenza, comme on a cherché à le faire admettre.

Si vous tenez bien compte de la constitution médicale épidémique, si vous avez bien présent à l'esprit le tableau morbide que je vous ai tracé de l'influenza, vous pourrez difficilement la confondre avec d'autres processus morbides ayant avec elle une certaine parenté, tels que le catarrhe bronchique, la rougeole à son début, la fièvre catarrhale, etc. Vous la reconnaîtrez donc facilement ; il est même probable que vous croirez souvent la rencontrer là où elle n'existe pas. L'erreur sera fort excusable, étant données les différences de formes et d'allures que la maladie présente selon les épidémies et les individus atteints.

Je serai très bref pour ce qui concerne le traitement de l'influenza : je me contenterai

de vous indiquer les moyens auxquels j'ai eu recours et qui ont suffi dans la généralité des cas. Ces moyens sont : le repos au lit, la diète, des boissons tièdes pour favoriser la transpiration, et de petites doses de tannate de quinine (de préférence au sulfate). Dans les cas plus graves, lorsque la fièvre était intense et qu'il existait des symptômes nerveux inquiétants, j'administrais l'antipyrine (25 à 50 centigrammes). Les douleurs lombaires et les douleurs de membres étaient combattues par des frictions avec le baume tranquille. Des compresses d'eau glacée étaient prescrites lorsque le malade se plaignait de violente céphalalgie. Le reste du traitement se composait uniquement de moyens propres à faire disparaître les symptômes spéciaux les plus opiniâtres. Ainsi, la difficulté d'avaler était combattue par des gargarismes au chlorate de potasse; la toux, par une infusion d'ipéca avec l'extrait de jusquiame; le catarrhe laryngien, par des inhalations d'eau simple ou additionnée de bicarbonate de soude, etc., etc.

L'administration du fer et du quinquina, jointe à un régime convenable, était quelquefois utile pour hâter la convalescence.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la coqueluche par la vaccination. — Le docteur Cachazo ayant eu à vacciner un enfant qui était atteint de coqueluche, remarqua que, presque immédiatement après la vaccination, il se fit un amendement considérable dans la coqueluche. Ce fait lui donna l'idée d'expérimenter l'action du virus vaccin dans cinq cas extrêmement graves de cette maladie. Il a publié le résultat de ses expériences dans les *Wiener Medisinische Blætter* du 16 octobre 1890. Quatre de ces cinq malades étaient dans un tel état qu'on avait des craintes sérieuses pour leur vie. Les attaques convulsives étaient presque continues et s'accompagnaient de suffocation imminente par les vomissements et les émissions de sang par la bouche et le nez. Le docteur Cachazo vaccina chacun de ces malades, et aussitôt que les symptômes fébriles de la vaccination se manifestèrent, la scène morbide fut entièrement modifiée. La toux cessa presque entièrement, prit un simple caractère catarrhal, et disparut tout à fait au bout de huit ou dix jours. L'auteur a complété le traitement en soumettant les malades à des inhalations d'une solution d'acide phénique au centième, en se fondant sur l'opinion de Theile, qui admet que les microbes de la coqueluche siègent, non dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, mais superficiellement dans le mucus, de telle sorte que les inhalations antiseptiques les atteignent et les tuent facilement. Du reste, il ne cherche point à expliquer le mode d'action du virus vaccin sur la coqueluche (*The therap. Gaz.* du 15 décembre 1890).

R.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude des fractures de l'humérus et de leur traitement par la méthode plâtrée, par le docteur V. Bouchet. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

1° Le traitement des fractures de l'humérus par la gouttière plâtrée de Hennequin, modifiée, avec chefs supérieurs réclinés, assure une contention et une immobilisation parfaite des fragments.

2° Cet appareil, par sa simplicité, par la facilité que l'on a à se procurer partout ce qui est nécessaire pour l'établir, par la possibilité de l'adapter à tous les blessés, puisque le modèle en est taillé par le chirurgien lui-même, cet appareil peut rendre les plus grands services.

3° Chez les enfants, dans un grand nombre de cas, on devra y avoir recours. Mais lorqu'il s'agit de ces fractures de l'extrémité inférieure étudiées par M. Laroyenne et par M. Berthomier, son élève, on ne devra pas oublier que, si cet appareil est appliqué, l'avant-bras, au lieu d'être fléchi à angle droit, sera maintenu dans l'extension sur le bras. — P. C.

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par le docteur E. Berger. — Paris, O. Doin, 1890.

1° La trépanation de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal à travers la cavité naso-pharyngienne (Schech) est une opération impossible dans la plupart des cas; et quand elle est possible, cette méthode est la plus dangereuse.

2° La trépanation du sinus sphénoïdal à travers l'orbite avec l'énucléation de l'œil (John Bergh) est une opération justifiée dans très peu de cas (carie et nécrose simultanée des cellules ethmoïdales).

3° La méthode la plus pratique pour l'ouverture du sinus sphénoïdal est d'opérer à travers le nez, près de la cloison à la hauteur du cornet moyen (Zuckerkandl) en perforant les osselets de Bertin avec un stylet.

4° L'ouverture du sinus sphénoïdal est indiquée dans les cas de processus maladif chronique du nez où les diverses méthodes du traitement n'ont pas réussi même à soulager l'état du malade. Les symptômes indiquant cette opération sont : céphalalgies intermittentes, blépharospasmes, larmoiement, un rétrécissement caractéristique du champ visuel, photophobie. Si ces symptômes sont unilatéraux, on peut admettre l'affection du sinus du même côté.

5° Les altérations trouvées dans le sinus sphénoïdal sont : l'inflammation aiguë et chronique de la membrane pituitaire, la rétention de la sécrétion (hydropisie), la carie et la nécrose de l'os, les tumeurs. La perforation de la paroi antérieure du sinus peut être indiquée pour prouver l'existence d'une tumeur et sa nature.

6° Les résultats obtenus par l'ouverture du sinus sphénoïdal sont très satisfaisants. Les tumeurs du sinus sphénoïdal, qui ne contractent pas d'adhérences avec l'os, sont bien opérables (P. Smith), les tumeurs d'une adhérence intime avec l'os (ostéome) sont très défavorables à l'opération (Fergusson). — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 8 janvier 1891. — Présidence de MM. Polaillon et Le Blanc.

Tuberculose chez une vache, inoculations de lymphe de Koch. — M. Cérémonie, au nom de MM. Petit et Gautrelet, collaborateurs, présente plusieurs pièces pathologiques provenant d'une vache atteinte de tuberculose généralisée. Cette bête, de race nivernaise, âgée de 3 ans, pesait 250 kilogrammes. Elle a été saisie par M. Redon, inspecteur sanitaire du marché de la Villette, et mise en observation du 24 décembre au 7 janvier, jour où elle a été sacrifiée. Elle présentait les symptômes suivants : un état de maigreur extrême, confinant à l'étisie, une toux fréquente, petite, sèche et avortée. L'examen de la poitrine révélait à la percussion de la matité à la partie supérieure des deux poumons, et à l'auscultation on percevait des râles sibilants et crépitants, dans la portion moyenne du poumon droit. La température était de 39°4; la respiration, 36; les pulsations, 60.

Du 24 au 7 janvier, les symptômes sont restés les mêmes, et à cette dernière date, l'animal a été abattu. Les lésions présentées étaient considérables. Le cœur, les vaisseaux, l'aorte, les poumons étaient envahis par les tubercules. La cavité abdominale présentait aussi les mêmes lésions sur le foie, la rate, les reins. Un ganglion de l'entrée de la poitrine pesait à lui seul 1,500 grammes au lieu de 300. Les mamelles étaient aussi envahies, quoique saines en apparence. Cette bête a été soumise aux inoculations de Koch et a reçu trois injections de 5 milligrammes, qui n'ont produit aucun changement dans l'état général, ni aucun phénomène réactionnel.

Ces pièces sont intéressantes :

1° A cause du jeune âge de l'animal et de l'étendue des lésions;

2° A cause du ganglion de la poitrine;

3° A cause des lésions présentées par l'aorte, non signalées encore par les auteurs.

La vaccination et l'immunité. — M. Jasiewicz : J'ai tenté déjà de montrer, par l'analyse

de diverses statistiques donnant des résultats très exacts de plusieurs milliers de revaccinations, combien est élevée la proportion des cas où la revaccination réussit et combien est courte la période d'immunité acquise, 52 p. 100 en moyenne, si l'on considère l'ensemble des revaccinations sans distinction d'âge et de sexe.

Il résulte des diverses statistiques cette conclusion que l'immunité procurée par la vaccine n'est pas durable; l'imprégnation morbide doit être renouvelée pour conserver sa puissance tutélaire, comme l'admet déjà M. Hirtz (de Paris) dans le dernier Congrès d'hygiène et de démographie. C'est une opinion moyenne et on peut aller plus loin et soutenir que certains sujets débiles ne sont pas protégés par une vaccination même très récente.

Les contaminations, malgré la vaccine, ne sont pas très rares, plusieurs de nos confrères nous ont apporté des exemples, et on en trouverait de nombreuses observations dans les ouvrages médicaux. Diverses considérations générales m'ont amené à proposer l'emploi de la vaccine animale comme moyen prophylactique, non plus seulement contre la variole, mais encore contre la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc., affections dont la nature me paraît identique. Ainsi je crois à l'action bienfaisante de la vaccine, j'en demande même l'extension à d'autres maladies. Nous devons renouveler fréquemment la source de l'immunité, qui reste transitoire, chez la plupart des individus, fugace même chez quelques-uns. Si la vaccination ne protège pas absolument les individus, du moins, nous pouvons espérer qu'elle atténuera les effets du mal qui envahira quand même l'économie. La vaccine produira, comme cela arrive spontanément chez certains sujets, un état de non-réceptivité incomplète, des affections atténuées, avortées, varioloïdes, diarrhées légères, embarras gastriques bénins, angines et bronchites anodines, etc., dont les exemples sont loin d'être rares. . . . .

Les secrétaires annuels : MM. Bovet et Jasiewicz.

De quelques nouvelles médications.

Ponction directe du poumon en cas d'hémorrhagie pulmonaire, par Christian Simpson. (*The Lancet*, 1er novembre 1890.)

Dans des cas très graves d'hémorrhagie pulmonaire, quand tous les moyens usités ont échoué, l'auteur recommande, comme dernier refuge, de ponctionner directement le poumon, pour le débarrasser du sang accumulé. On se servirait d'une aiguille de fort calibre et d'un appareil aspirateur. L'aiguille devrait être enfoncée en arrière, à la hauteur du neuvième espace intercostal, ou plus bas, mais pas plus haut. Dans quatre cas tout à fait désespérés, l'auteur a appliqué cette méthode, et a soutiré à chacun 12 onces (360 grammes) de sang. Il est vrai que tous les quatre malades sont morts, mais, chez trois, l'asphyxie imminente a été écartée, et une amélioration passagère eut lieu. L'auteur croit que, si on appliquait cette méthode assez tôt, on pourrait sauver les malades. Comme contre-indication à la ponction, il considère les épanchements considérables dans les plèvres. C'est pourquoi avant de procéder à la ponction, il faudrait s'assurer, par une piqûre, si les plèvres sont libres. Si on prend toutes les mesures de précaution, la ponction pulmonaire ne donnera lieu ni à l'hémothorax, ni au pneumothorax, on aura simplement une légère pleurésie locale. — P. N.

Causes de la gélatinisation de l'infusion de digitale, par M. A. Forcke. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1891.)

Il arrive quelquefois qu'une infusion de digitale devient mucilagineuse ou même gélatineuse.

Bernbeck, qui avait cru remarquer que les feuilles récoltées pendant la première année de la végétation, renfermaient beaucoup de pectine, alors que les feuilles provenant de la plante en fleurs (deuxième année) en renferment à peine, admettait que la

gélatinisation ne se produit que lorsqu'on se sert de feuilles récoltées la première année.

Peltz est d'un avis différent. Si, en effet, on ajoute de l'alcool à des infusions susceptibles de se gélatiniser, il ne se fait pas de précipité. Le phénomène aurait pour cause, d'après cet auteur, une fermentation bactérienne du sucre ajouté à l'infusion donnant naissance à une matière gommo-mucilagineuse.

Cependant il a observé, dans beaucoup de cas, qu'une infusion prolongée au-delà de quinze minutes avait pour conséquence la gélatinisation.

D'après M. Forcke, l'époque de la récolte des feuilles de digitale n'a rien à voir dans la production du phénomène. Par contre, l'action de la chaleur, lorsqu'elle est prolongée, transforme la pectine en une modification qui, sous l'influence de micro-organismes dont les germes proviennent de l'atmosphère et en présence du sucre, passe à l'état gélatineux.

La présence du sucre serait absolument nécessaire.

Toute infusion qui est faite selon l'art, avec des feuilles privées de leurs longs pétioles (lesquels renferment beaucoup plus de pectine que les feuilles), ne se gélatinise pas.

P. N.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE L'HÉMOPTYSIE. — N. Guéneau de Mussy.

Ergot de seigle pulv.	āā 4 grammes.
Extrait de ratanhia pulv.	āā 4 grammes.
Extrait de jusquiame	0 gr. 30 centigr.
Digitale pulv.	0 gr. 75 centigr.

F. s. a. 40 pilules. — De 4 à 6 par jour contre l'hémoptysie. — Repos au lit, révulsifs sur les membres supérieurs et sur le thorax; boissons glacées. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont promus à la troisième classe : MM. les professeurs Soulier, Cazeneuve et Poncet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le professeur Dubreuil est promu à la deuxième classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le professeur Gross est promu à la deuxième classe.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le professeur Malosse est promu à la troisième classe.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — *Bureau pour l'année 1891* : Président, M. de Ranse; vice-présidents, MM. Bouloumié et Cazaux; secrétaire général, M. Leudet.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les CAPSULES DARTOIS constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

La neurasthénie (1).

V

Le neurasthénique doit être examiné avec patience et tact, car beaucoup cherchent à dissimuler un certain nombre des symptômes qu'ils présentent, les troubles cérébraux surtout.

Ces *troubles cérébraux* sont des symptômes de dépression avec, de temps à autre, des périodes d'excitation; pendant ces dernières, le patient est agité, inquiet, ne peut tenir en place, et quelquefois l'apparence est celle du début de la paralysie générale.

Les *vertiges* sont très fréquents, et surviennent soit à jeun, soit, au contraire, après l'ingestion des aliments.

L'agoraphobie ou peur des espaces fait partie d'états cérébraux que l'on peut rapprocher du vertige et dont le caractère commun est le développement soudain d'une anxiété, d'une angoisse plus ou moins prononcée dès que le patient se trouve en présence d'un certain objet ou dans une certaine situation, en général toujours la même. Le malade pâlit, son pouls et sa respiration s'accélèrent, la tête lui tourne, la face et les extrémités se couvrent de sueur froide, les jambes chancellent, tremblent, fléchissent, puis survient un état nauséeux très pénible, souvent accompagné de crampes stomacales. La sensation de l'anéantissement des forces peut être poussée si loin que le patient est incapable de faire un pas pour se soustraire à l'objet de son anxiété. Ces états d'anxiété, souvent classés dans le groupe des folies avec conscience, échappent à la définition générale de la folie par la persistance même de cette conscience. Il n'est pas très rare de les voir suivre ou précéder d'autres symptômes cérébraux ou médullaires évidemment neurasthéniques et, quand ils paraissent exister seuls, un examen très complet révèle presque toujours la présence d'autres manifestations de l'épuisement nerveux. Les accès d'agoraphobie qui débutent à la vue d'une rue, d'une place, d'un espace libre à franchir, sont le type de l'état anxieux neurasthénique. On peut en rapprocher un état d'anxiété spécial, la peur de la station verticale, le malade ne pouvant quitter la situation horizontale.

Les accès d'angoisse peuvent apparaître dans des conditions très variées. Un homme fort intelligent ne peut se résoudre à jeter une lettre à la poste; un autre passe durant des mois devant la porte de son médecin, qu'il ne

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 janvier 1891.

peut se décider à franchir; un autre encore ne peut prendre ses repas à la table de famille et est obligé de manger seul.

Certains patients ont la peur d'un espace clos, c'est la claustrophobie de M. Ball. D'autres ont peur des foules et ne peuvent entrer dans un théâtre. Inversement, il est des neurasthéniques qui redoutent beaucoup la solitude et exigent la présence constante à leur côté d'un parent ou d'un domestique. On peut encore mentionner la peur des hauteurs, la peur exagérée des orages, la peur de la saleté, la peur d'une maladie, surtout d'une maladie contagieuse. Quelques patients ont peur d'avoir peur; ils sont dans un état d'anxiété perpétuelle, craignant sans cesse de rencontrer un objet qui réveille leur angoisse latente.

Les états d'anxiété sont peu communs dans la neurasthénie féminine, plus fréquents dans les formes de la névrose dues au travail intellectuel exagéré.

L'*hypochondrie* est très fréquente et les préoccupations hypochondriaques sont mobiles, variables, faiblement systématisées; de plus, le patient est facilement convaincu, bien que le plus souvent cette conviction ne soit pas de longue durée, de l'inanité de l'objet de son inquiétude. Suivant la nature des malaises dont il souffre, le neurasthénique se croit atteint d'une maladie du cœur, de la moelle épinière, du cerveau, de l'estomac; mais il accepte volontiers les démonstrations de son médecin, qui s'efforce de l'éclairer sur la nature de son mal, et en éprouve un certain apaisement moral jusqu'à ce que de nouvelles souffrances fournissent un nouvel aliment à ses préoccupations.

Les *troubles de la sensibilité* existent à des degrés divers dans toutes les formes de la névrose. Ce sont des hyperesthésies ou des dysesthésies, des diminutions légères de la sensibilité. L'anesthésie vraie n'appartient guère à l'épuisement nerveux. L'hyperesthésie peut être générale, mais elle est plus souvent partielle et occupe de préférence la face, le cuir chevelu, les extrémités. Il y a souvent, en même temps, des sensations instantanées de fourmillement, de picotement, de démangeaisons. Les sensations spontanées de froid et de chaleur sont très communes, surtout les sensations de froid aux extrémités, et particulièrement aux pieds. Les douleurs névralgiques spontanées existent sur le trajet de la plupart des nerfs et, aux membres inférieurs, simulent parfois celle de l'ataxie locomotrice.

Du côté de la *motilité*, on note un affaiblissement général procédant le plus souvent par accès plus ou moins longs. Il y a aussi parfois des symptômes d'excitation passagère de la motilité, secousses musculaires, crampes, etc. Les impotences fonctionnelles de Duchenne se voient fréquemment chez les neurasthéniques. On rencontre aussi parfois, chez eux, un tremblement menu survenant par accès et à oscillations brèves et rapides.

Il y a des impotences motrices de nature neurasthénique, mais elles sont relativement assez rares.

Le système nerveux des malades paraît réagir d'une façon toute spéciale sous l'influence de certains médicaments ou de certains agents physiques. Ces *idiosyncrasies* ont été rencontrées pour l'opium, l'alcool, le café, le thé, etc. L'intolérance peut exister pour la lumière solaire, les poussières, certaines odeurs, certains fruits, etc.

Parmi les troubles des *organes des sens,* ceux de l'œil occupent la première place. On observe des alternatives de rougeur et de pâleur de la

conjonctive; les pupilles sont généralement dilatées et paresseuses à la lumière, et il y a une faiblesse de la vision toute spéciale qui mérite le nom d'asthénopie neurasthénique. L'œil se fatigue très rapidement, si bien que le patient ne peut se livrer à aucune occupation nécessitant une application un peu soutenue de la vue. S'ils persistent, il se développe une sensation de plus en plus pénible dans les globes oculaires, la vue se trouble et les objets deviennent indistincts. Cette asthénopie est souvent tenace, rebelle à tout traitement et fait le désespoir des malades qui en sont atteints. Elle peut cependant paraître et disparaître subitement, et procéder par accès.

On a noté dans quelques cas une sensibilité vraiment maladive de l'ouïe. Les malades perçoivent, avec facilité, des bruits insignifiants et les mille rumeurs de la rue ou de la maison deviennent tout à fait insupportables. Les sensations auditives peuvent naître spontanément et les malades entendent alors les bruits les plus divers, sifflements, bourdonnements, tintements, etc. Enfin, il existe aussi des perversions de l'odorat et du goût.

Les *troubles de la circulation* sont parfois au premier plan chez les neurasthéniques. Les accès de palpitations s'associent à la plupart des symptômes et il y a parfois de la douleur précordiale rappelant celle de l'angine de poitrine. Le pouls s'accélère sous l'influence de la moindre excitation et l'exagération des pulsations sur les gros troncs artériels a été notée par tous les auteurs.

Du côté du système vaso-moteur, on observe des spasmes ou des dilatations paralytiques des artères. De là, des anémies et des congestions de la peau, des muqueuses, des viscères et particulièrement des centres nerveux. La roséole émotive, le doigt mort, certaines diarrhées, les sensations de chaleur et de froid rentrent dans les symptômes d'origine vaso-motrice. Peut-être y a t-il une véritable fièvre nerveuse neurasthénique, avec élévation de la température centrale.

Les *troubles des sécrétions* sont variés. On a signalé soit la sécheresse habituelle de la peau et des muqueuses, soit au contraire des hyperhydroses localisées et intermittentes.

La plupart des neurasthéniques présentent des *troubles des voies digestives* qui peuvent, dans certains cas, dominer les autres symptômes.

La dyspepsie nerveuse est des plus communes. Les malaises débutent parfois immédiatement après les repas, souvent aussi après une courte période d'une demi-heure à une heure, pendant laquelle le malade éprouve plutôt une sensation de bien-être. Dans les descriptions que donnent les patients de leurs sensations, ce qui domine, ce sont les sensations de poids, de pesanteur, de tension, de barre, de plénitude, de ballonnement à la région épigastrique et dans l'hypochondre. En effet, l'examen de ces régions, après les repas, démontre l'existence d'une véritable distension gazeuse de l'estomac. L'épigastre est plus ou moins météorisé et la sonorité stomacale s'étend un peu au delà des limites de l'état physiologique. La succussion du tronc et la dépression brusque de la paroi abdominale font entendre un bruit de clapotement; mais, dans le premier degré de l'atonie gastro-abdominale, ce bruit n'existe que pendant les premières heures qui suivent le repas et reste localisé au-dessus de l'ombilic.

La dilatation de l'estomac est médiocre, toute temporaire, et ne paraît qu'après l'ingestion des aliments. Bientôt surviennent des éructations de gaz inodores et qui produisent un certain soulagement. Les régurgitations acides sont rares, purement accidentelles et ne se montrent d'ailleurs qu'à

une période plus avancée de la maladie. Mais lorsque la digestion gastrique est achevée, le patient n'est pas encore délivré de toute sensation pénible ; il éprouve alors des sensations de tiraillements, de vide, de faim, etc. La perturbation de la digestion stomacale est due, dans le plus grand nombre des cas, à la diminution ou à la suppression de l'acidité du suc gastrique. Une perturbation profonde des centres nerveux cérébraux spéciaux, subite ou lentement développée, est l'origine de troubles de la sécrétion. En même temps, il y a parfois une diminution plus ou moins marquée de la tonicité et de la contractilité des tuniques musculaires dont témoignent la distension durable de la région épigastrique et la lenteur avec laquelle le contenu de l'estomac passe dans l'intestin.

Il n'est pas douteux que ces désordres de la digestion stomacale ne puissent augmenter les perturbations fonctionnelles d'un système nerveux dont la neurasthénie a troublé l'équilibre et diminué la résistance. Ils retentissent particulièrement sur les fonctions du système nerveux et de la moelle épinière.

Les mêmes altérations de la sécrétion et de la motricité troublent la digestion intestinale et la fonction du gros intestin. La constipation est à peu près la règle et il n'est pas rare de la voir s'établir dès le début, et devenir promptement opiniâtre et rebelle à la plupart des médicaments ordinaires, particulièrement à l'usage prolongé des purgatifs.

Lorsque les symptômes de la dyspepsie nerveuse durent déjà depuis longtemps, la nutrition générale subit une profonde atteinte, et les patients perdent leurs forces, pâlissent et maigrissent; c'est alors le second degré de l'atonie gastro-intestinale. Ainsi qu'on l'a déjà dit, l'entérite glaireuse et la dilatation de l'estomac ou plutôt l'entéroptose sont très communes dans cette forme grave de dyspepsie.

L'appétit est rarement régulier, le plus souvent très capricieux. Quelquefois l'anorexie est poussée à un tel point qu'elle rappelle celle du cancéreux. D'autres malades ont, au contraire, de la boulimie. La déglutition peut être gênée par un état spasmodique habituel de l'œsophage, mais cette dyspepsie neurasthénique est très rare. Le vomissement nerveux se rencontre quelquefois et est comparable au vomissement nerveux des hystériques. Bien que la constipation soit à peu près la règle, comme nous l'avons dit, elle alterne parfois avec des diarrhées séreuses très abondantes.

Cherchewsky a signalé une névrose spéciale de l'intestin, consistant essentiellement dans le développement rapide de phénomènes d'obstruction intestinale qui surviennent le plus souvent à la suite d'un travail intellectuel exagéré, d'une fatigue physique, ou encore d'une préoccupation morale vive. L'accès éclate soudainement, et le patient est pris de douleurs abdominales, d'un météorisme général plus prononcé en certains points, de nausées, etc. Les purgatifs aggravent toujours la situation : la constipation ne cède qu'à l'emploi des narcotiques et surtout de la codéine. Il s'agit très vraisemblablement dans ces faits d'un état spasmodique de l'intestin, pouvant aller jusqu'à réaliser l'occlusion complète.

Les malades présentent quelquefois des accès de *dyspnée nerveuse;* quelques femmes ont une toux sèche, fréquente, pénible, simulant le début de la phthisie. Souvent la voix est faible, confuse et traînante.

On observe quelquefois, chez les jeunes gens atteints d'épuisement nerveux, une excitabilité anormale des *organes génitaux;* mais les symptômes

de dépression sont plus communs; ce sont les pertes séminales et, à une période plus avancée, l'impuissance.

D'après Beard, l'urine des neurasthéniques, toujours acide, renferme fréquemment un excès d'urates ou d'acide urique. (*A suivre.*)

Deuxième communication de Koch sur le nouveau traitement de la tuberculose (1).

Koch admet d'abord que la plupart des résultats obtenus par les divers expérimentateurs ont confirmé ses premières assertions.

Le remède a une action spécifique sur les tissus tuberculeux et, par suite, sa propriété de réaction lui permet de déceler les lésions latentes ou de diagnostic discuté.

Pour ce qui est de l'action curative du remède, la plupart des médecins ont observé des améliorations plus ou moins considérables. Dans plusieurs cas, on a obtenu des guérisons complètes.

Le remède est dangereux dans les cas trop avancés, mais on pouvait le supposer *a priori*. Ce n'est que rarement que l'on a dit qu'il donnait un coup de fouet au processus tuberculeux.

Koch a traité, depuis un mois et demi, 150 tuberculeux ; ces nouvelles expériences confirment ce qu'il a déjà affirmé. Il considère qu'il est temps maintenant d'indiquer comment le remède est fabriqué.

Lorsqu'on inocule à un cobaye bien portant une culture pure de bacilles de la tuberculose, la plaie se cicatrise rapidement et, pendant les premiers jours, elle semble guérir. Mais, après dix à quatorze jours, il apparaît un nodule dur qui s'ulcère et infecte l'animal.

Quand l'animal inoculé est déjà tuberculeux, quand, par exemple, on prend un cobaye déjà infecté depuis quatre à six semaines, la plaie d'inoculation se cicatrise d'abord, mais il ne se produit pas de nodule. Le lendemain ou le surlendemain, la peau durcit, prend une couleur plus sombre, se nécrose et tombe en laissant une ulcération qui guérit vite et définitivement.

Une culture, dont les bacilles ont été tués, a la même action que celles qui sont remplies de bacilles. Les cultures pures et sans bacilles peuvent être desséchées, pulvérisées et étendues d'eau; si on les injecte alors au cobaye, elles produisent simplement une suppuration locale. Au contraire, les animaux tuberculeux sont très rapidement tués par l'injection de quantités très minimes de cultures dissoutes. En diminuant la dose, on ne produit que du sphacèle de la peau. Enfin, en la diminuant encore, les animaux survivent et leur état s'améliore. La plaie ulcéreuse d'inoculation se cicatrise elle-même. Enfin, la maladie s'arrête si elle n'est pas trop avancée.

Les bacilles paraissent fabriquer deux substances : une soluble, qui se répand dans l'organisme et est entraînée par la circulation ; une qui provoque la suppuration et reste dans les bacilles ou se dissout très lentement.

La première guérit les processus tuberculeux et il fallait l'extraire des bacilles. Ce travail a été très difficile, mais Koch a réussi l'extraction à l'aide d'une solution de glycérine de 40 à 50 p. 100. Le remède est donc un extrait de cultures pures et stérilisées de bacilles tuberculeux soumises à l'action de la glycérine pure à 50 p. 100.

Outre la substance curative, l'extrait contient toutes les substances de la culture qui sont solubles dans la glycérine à 50 p. 100; aussi y trouve-t-on des sels minéraux, des substances colorantes et des matières extractives non déterminées.

Il est assez facile d'éliminer une partie de ces corps. En effet, la substance curative est insoluble dans l'alcool absolu ; quand on fait agir ce corps, on l'obtient donc débarrassée d'une grande partie des impuretés. Comme il est possible aussi d'enlever les matières colorantes, on obtient, finalement, un mélange sec, incolore, dans lequel se trouve la substance active dans un état de concentration très grand. Du reste, il est inutile, pra-

(1) Résumé d'après la *Deutsch. Medicin. Woch.*, n° 3, 1891.

tiquement, de faire la purification, car les substances que l'on peut ainsi rejeter sont sans action nuisible sur l'homme. Ce surcroît de manipulation ne fait donc qu'augmenter le prix du médicament.

Jusqu'à présent il n'est possible que de faire des suppositions relativement à la composition de la substance active. Il est probable qu'elle dérive des substances albuminoïdes et s'en rapproche par sa composition. Ce n'est pas une toxalbumine, car elle supporte de hautes températures et passe facilement à travers la membrane du dialyseur.

La quantité de la substance renfermée dans l'extrait est très faible. Elle peut être évaluée à moins de 1 p. 100.

On peut émettre différentes hypothèses pour se représenter l'action du remède sur le bacille tuberculeux. Koch s'imagine le processus de la manière suivante : Les bacilles, en se développant dans les tissus, produisent, comme dans les cultures, des substances qui agissent sur les éléments vivants qui sont dans leur voisinage et produisent des effets qui sont tous nuisibles.

Pour les substances, il en est une qui, lorsqu'elle est suffisamment concentrée, tue le protoplasma vivant et le fait passer à l'état de ce que Weigert a appelé *nécrose de coagulation*. Dans ces conditions, la nutrition du bacille ne peut plus se faire et il finit quelquefois par succomber.

On peut expliquer, de cette manière, des faits en apparence singuliers. Les bacilles sont très abondants dans la rate et le foie du cobaye devenu tuberculeux depuis peu et dont les organes sont farcis de granulations grises ; ils sont très rares dans la rate très augmentée de volume et transformée en un tissu de nécrose par coagulation, comme cela se rencontre souvent chez les cobayes que l'on a laissés mourir naturellement de la tuberculose. Un unique foyer bacillaire ne peut produire une nécrose étendue, car dès que cette nécrose est assez grande, le bacille cesse de se développer et naturellement la substance, cause de la nécrose, ne se produit plus. Il y a ainsi une sorte de compensation réciproque qui arrête le développement des bacilles isolés et cela se rencontre dans le lupus, dans la scrofulose ganglionnaire, etc. Dans ces cas, une partie des cellules seulement se mortifie et elles se développent plus tard en cellules géantes.

Si l'on pouvait augmenter, par un moyen quelconque, la quantité de substance nécrosante qui est produite, les tissus voisins se nécroseraient dans une étendue plus considérable et la nutrition du bacille se ferait très difficilement, les tissus voisins, dans une grande étendue, se désagrègeraient, se détacheraient et, là où la disposition des organes le permet, entraîneraient au dehors les bacilles qu'ils contiennent. Les bacilles restant, gênés dans leur nutrition, finiraient par mourir.

Le remède agit en produisant ces phénomènes. Il renferme une certaine quantité de la substance nécrosante et cette substance, même dans l'organisme sain, peut attaquer certains éléments anatomiques, peut-être les globules blancs ou les éléments analogues en déterminant une fièvre spéciale. Chez le malade tuberculeux, une quantité bien plus petite produit, dans les régions où se développent les bacilles tuberculeux ou qui sont imprégnées de la substance qui cause la nécrose, une mortification plus ou moins grande des cellules, et les phénomènes généraux liés à cette mortification.

Nous avons résumé le plus exactement possible la deuxième communication de Koch. Nos lecteurs peuvent voir qu'en premier lieu les explications données par le savant allemand sur la préparation de son remède sont absolument insuffisantes. Ainsi que le fait remarquer un savant bactériologiste anonyme, qui écrit dans le *Bulletin*, on ne dit pas dans quelle proportion la glycérine doit être employée, quel âge doivent avoir les cultures, dans quel état doit être la culture avant de faire agir la glycérine, etc.

En second lieu, Koch n'a pas répondu à la communication si intéressante de Virchow qu'a résumée notre collaborateur, M. L.-H. Petit. Il n'a pas dit un mot des *ulcérations de l'intestin* et de *l'ulcération des organes respiratoires, et notamment du poumon*, qu'a constatées l'illustre anatomo-pathologiste. Les objections de Virchow restent donc entières, et nous les regardons comme d'une valeur telle que, jusqu'à nouvel ordre, elles nous paraissent devoir commander la plus grande réserve dans l'emploi de la lymphe de Koch chez les phthisiques. — P. Ch.

BIBLIOTHÈQUE

La dengue et la grippe, étude des épidémies de 1889 à Smyrne, par W. Chasseaud. Paris, O. Doin, 1890.

L'auteur, à Smyrne, a pu voir successivement la dengue et la grippe, et se refuse à identifier les deux maladies. La première était à peine connue, la seconde n'a donné lieu, dès qu'elle est apparue, à aucune discussion.

La dengue débute par diverses douleurs dans les membres, dans les reins, le long de la colonne vertébrale. L'évolution fébrile est remarquable en ce que, après quelques jours, il y a une rémission qui est suivie de rechute. Les symptômes cutanés sont très accentués; on a noté une éruption qui revêt facilement l'apparence de celle de la scarlatine ou de la variole, mais est souvent polymorphe, un prurit intense à la fin de la maladie. La convalescence est longue et pénible.

M. W. Chasseaud s'élève contre l'assertion de Colin, d'après lequel la dengue aurait une généralisation aussi immédiate que si elle résultait d'un simple trouble météorique, et, pour lui, la marche de la maladie est au contraire lentement progressive. C'est là un caractère différentiel très important d'avec la grippe. — P. Ch.

Identité de la dengue et de la grippe. — Influenza, par le docteur J. Rouvier. Paris et Beyrouth, 1890.

Pour M. Rouvier, tous les phénomènes observés dans la dengue se retrouvent dans la grippe et *vice versâ*. La fréquence et l'intensité des phénomènes varient dans les deux épidémies. Telle est la cause unique de leurs différences apparentes.

La conclusion de la plupart de ceux qui ont observé la grippe et la dengue est en faveur de l'identité.

La dernière épidémie de grippe a été la propagation de l'épidémie de dengue existant en Orient. Elle s'est accompagnée plus tard de manifestations pulmonaires. Mais ces mêmes manifestations ont atteint, à la même époque, un grand nombre de malades respectés par l'épidémie.

M. Rouvier conseille d'empêcher la propagation de la dengue, en prenant des mesures sanitaires internationales analogues à celles que l'on emploie contre les autres maladies transmissibles. — P. Ch.

REVUE DES THÈSES

Restauration fonctionnelle du pouce, par le docteur G. Hanotte (Thèse de Lyon). Lille, L. Danel.

1° La restauration fonctionnelle du pouce non mutilé se fait conformément aux procédés actuels de la chirurgie, soit par la suture nerveuse, soit par la suture tendineuse, soit par l'autoplastie, après excision des cicatrices vicieuses. Elle peut se faire par l'une des opérations indiquées, lors de la luxation irréductible du pouce.

2° La restauration du pouce partiellement supprimé se fait par l'exossation, les résections partielles, par l'opération d'Huguier, parfois encore par la suppression des moignons encombrants d'index et même de médius.

3° Quand le pouce fait complètement défaut, on peut tenter d'utiliser un débris d'index ou de médius pour en faire un élément qui sert de base aux mouvements d'opposition. On peut encore changer la direction de l'auriculaire pour l'amener à se porter au devant des débris du bord radial de la main, et sauvegarder ainsi l'opposition qui est l'élément principal de l'acte physiologique, la préhension. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier 1891. — Présidence de M. HORTELOUP.

SOMMAIRE : Extirpation d'un anévrysme inguino-crural. — Grenouillette dermoïde. Traitement des abcès du foie.

M. BAZY rapporte l'observation d'un homme de 44 ans, auquel il a extirpé un anévrysme inguinal énorme enflammé. Lorsqu'il vit le malade, la tumeur occupait l'aine droite et avait à peu près le volume des deux poings; elle était très enflammée, violacée et causait des douleurs excessivement vives, si bien qu'on devait donner au malade une quantité considérable d'opium. Le pouls était très fréquent, et il n'y avait plus de battements au-dessous de l'anévrysme.

M. Bazy pratiqua l'opération de la manière suivante : Après avoir pris les précautions antiseptiques convenables, il fit une incision sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, de façon à rechercher et à lier l'artère iliaque externe. Une seconde incision verticale, faite au-dessous de la poche, permit de pratiquer la ligature des vaisseaux fémoraux. M. Bazy procéda alors à la dissection de l'anévrysme. Cette dissection fut rendue extrêmement difficile par suite d'un suintement sanguin très abondant et, finalement, il fallut ouvrir la tumeur. Elle renfermait à peu près 800 grammes de sang qui fut remplacé par des éponges antiseptiques. Mais celles-ci enlevées, il se produisit un fort jet de sang venant probablement de la fémorale profonde; on l'arrêta avec une longue pince à forcipressure. Il fut alors possible, après avoir constitué un pédicule, de terminer l'extirpation. La plaie fut suturée à ses extrémités et resta ouverte à sa partie moyenne, par laquelle s'échappa beaucoup de sérosité provenant de l'œdème du membre. Deux mois plus tard, la guérison était complète.

M. Bazy pense qu'en présence du volume et de l'inflammation de la tumeur, il fallait pratiquer l'extirpation. Cette extirpation, lorsqu'elle est faite antiseptiquement, est du reste bien plus avantageuse que les diverses espèces de ligature qui sont souvent suivies d'inflammation.

M. BERGER ne pense pas que la ligature de l'artère par les méthodes d'Hunter ou d'Anel, lorsqu'elle est bien faite, puisse amener l'inflammation. Lorsque cet accident s'est produit, c'est par la faute de l'opérateur. En France, on a abandonné la ligature; en Angleterre, on la fait encore très souvent et les résultats obtenus sont bons. Il est évident, cependant, que quelquefois elle ne suffit pas pour amener la guérison que l'on cherche à obtenir. Elle est toujours beaucoup moins difficile que l'extirpation.

M. PEYROT partage l'avis de M. Berger, et regarde la ligature comme devant être encore employée dans certains cas.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a jamais vu une ligature faite antiseptiquement être suivie de suppuration.

Enfin, M. BAZY insiste sur ce point qu'il n'a jamais voulu proposer d'abandonner la ligature, mais que, dans son cas, l'extirpation lui paraissait absolument nécessaire.

Pour M. BERGER, l'extirpation peut être très dangereuse, parce qu'elle force à sacrifier les grosses veines qui entourent l'artère, et quelquefois même de gros troncs nerveux.

— M. DELENS fait un rapport sur une observation de *grenouillette dermoïde* envoyée par M. Schmitt. Les faits de ce genre sont rares. Il y a déjà longtemps, Ozenne en avait rassemblé 21, et M. Schmitt n'a pu en trouver que 9 de plus. Le nombre total des cas s'élève à une trentaine.

L'observation de M. Schmitt se rapporte à un jeune soldat qui entra à l'hôpital de Versailles pour une grosseur de la région sus-hyoïdienne, qu'il présentait, d'après son dire, depuis vingt jours. Cette tumeur, non douloureuse et ne gênant pas les mouvements de la bouche et de la langue, avait le volume d'un œuf de dinde, était résistante

et occupait la ligne médiane, tout en empiétant un peu sur le côté gauche; elle n'adhérait pas à la peau. Il était facile de la faire apparaître sous la langue lorsqu'on relevait cette dernière après avoir ouvert la bouche; on voyait alors qu'elle était demi-transparente et d'une couleur jaunâtre.

Le diagnostic porté fut celui de grenouillette sus-hyoïdienne à marche aiguë. Pour en faire l'ablation, on fit d'abord une incision par laquelle il s'écoula une matière épaisse, grasse, de couleur jaunâtre; ne renfermant pas de poils. Dans ces conditions, M. Schmitt crut devoir faire la dissection de la poche qui, du reste, n'adhérait ni à l'os hyoïde, ni au maxillaire inférieur. La guérison se fit rapidement.

Actuellement, on regarde les kystes de ce genre comme congénitaux.

Cependant cette origine n'est démontrée que dans à peu près un quart des cas.

On peut faire le diagnostic avec la grenouillette sus-hyoïdienne ordinaire, en se basant sur la coloration jaune de la tumeur, sur l'impression persistante du doigt, sur le siège plutôt médian de la grenouillette dermoïde et enfin sur sa limitation plus nette.

Les deux premiers caractères manquaient à peu près complètement dans le cas de M. Schmitt.

M. Gérard-Marchand pense qu'il est possible qu'une tumeur, congénitale en réalité, ne devienne apparente qu'à la suite d'une poussée inflammatoire et par conséquent paraisse avoir une marche aiguë. Dans l'observation de M. Schmitt, la tumeur n'adhérait pas au squelette; c'est là un fait rare, car le plus souvent il s'agit de tumeur en connexion soit avec les apophyses géni, soit avec l'os hyoïde.

Récemment, M. Gérard-Marchand a eu occasion d'enlever, chez une jeune fille de 19 ans, un kyste adhérant à l'hyoïde, qui avait le volume d'un petit œuf. On ne pouvait passer l'extrémité des doigts entre la tumeur et l'os.

M. Schmitt préconise l'ablation par la voie buccale, afin d'éviter les déformations. Cependant, ce mode opératoire peut être suivi de récidive ou d'accident inflammatoire. Dans les cas de kystes adhérant aux apophyses géni, il vaudrait déjà mieux opérer par la région sus-hyoïdienne; ce sera là le procédé de choix, s'il s'agit d'un kyste adhérant à l'os hyoïde.

M. Bazy a enlevé deux kystes congénitaux sus-hyoïdiens par la voie sus-hyoïdienne. La guérison est survenue sans drainage.

M. Delens pense aussi que, quand la tumeur est nettement sus-hyoïdienne, il faut choisir cette voie pour l'opérer.

— M. Marchand relate une observation d'intervention chirurgicale sur le foie. Il s'agit d'une femme de 27 ans, ayant depuis deux mois des douleurs dans les régions stomacale et hépatique, ces douleurs s'accompagnaient de frissons, de fièvre et de troubles digestifs. Au moment où M. Marchand l'examina, la malade avait une voussure douloureuse dans la région épigastrique. Cependant la laparotomie ne permit de trouver aucune tumeur et, après une amélioration passagère, la mort survint au bout de treize jours. A l'autopsie, on trouva le foie très augmenté de volume et contenant un grand nombre d'abcès d'un volume variant entre celui d'une noisette et celui d'une noix. Ils étaient développés dans les ramifications de la veine-porte.

— M. Peyrot communique une observation d'abcès du foie, traité par la méthode de Stromeyer-Little.

Le malade, âgé de 28 ans, était entré dans le service de M. Raymond, présentant des douleurs de la région hépatique avec poussées de fièvre, qui duraient depuis deux mois. En même temps, il avait beaucoup maigri et l'état général était mauvais. Comme antécédents, on relevait une chute sur le côté droit, suivie d'un long séjour au lit et une dysenterie pendant un séjour de sept ans en Nouvelle-Calédonie.

M. Raymond constata l'existence d'une tuméfaction de la région hépatique, retira du pus par une ponction exploratrice et envoya le malade à M. Peyrot. Ce dernier enfonça un trocart sur le point le plus saillant de la tumeur, à un centimètre du bord des fauses côtes, puis, le pus s'échappant, fit une incision verticale de cinq centimètres pénétrant dans le foyer. Après issue de deux litres de pus, il lava la cavité de l'abcès avec de l'eau phéni-

quée faible. Il fut impossible d'introduire des drains, par suite de la disparition du parallélisme entre l'incision de la peau et l'incision hépatique.

Le malade se plaignant beaucoup, on donna du chloroforme et l'on trouva facilement l'incision hépatique que l'on sutura, par l'ouverture abdominale, par deux points de catgut. Comme ces recherches avaient duré une vingtaine de minutes, avant que l'on eût pu placer les drains pour fare le lavage, il était probable que du pus avait coulé dans le péritoine. Cependant, à part un peu de fièvre due à la bronchite et au léger écoulement de bile au dehors, il ne se produisit aucune complication et la guérison fut rapide.

Il y a déjà quelque temps, que Kartulis a insisté sur ce point, que le pus des abcès dysentériques ne renferme pas habituellement les microbes de la suppuration. Le pus de l'abcès du malade de M. Peyrot ne renfermait pas non plus de bactéries et les ensemencements et les inoculations restèrent stériles. C'est probablement là la raison pour laquelle l'écoulement du pus dans le péritoine n'a pas été suivi d'accidents.

M. Bouilly, dans une opération d'abcès du foie, a vu aussi les incisions cutanée et hépatique cesser de se correspondre. Certainement, du pus s'est écoulé dans le péritoine et ce pus était même excessivement fétide. Cependant, le malade a guéri sans accidents. M. Bouilly conseille, avant d'ouvrir la poche de l'abcès, d'en fixer les parois à l'incision cutanée. C'est aussi la conduite que M. Périer met en pratique et qu'il conseille de tenir.

M. Quénu a eu à traiter un jeune soldat, qui revenait du Tonkin, dont l'état général était grave et qui avait un foie volumineux avec de l'ascite. Après avoir fait la laparotomie médiane, il trouva un gros foie qu'il ponctionna deux fois avec un gros trocart sans rien faire sortir. Il referma alors le ventre, et, quelques jours après, le malade succomba à la cachexie. A l'autopsie, il trouva un énorme abcès renfermant deux litres de pus.

Quatre fois, M. Chauvel a fait des ouvertures d'abcès du foie sans trouver d'adhérences. Il n'a pas placé de sutures, car il croit qu'elles peuvent causer des déchirures. Les opérés ont très bien guéri.

M. Périer a vu chez son malade qu'au moment où le foie remontait, il y avait un entraînement de la peau et qu'il se formait un petit enfoncement. C'est la suture qui permit de maintenir les ouvertures en contact.

M. Robert a remarqué qu'au Tonkin, le foie ramolli contient souvent de nombreuses cavités pleines de pus. Même quand les ponctions ne font pas sortir du liquide, elles amènent un amendement momentané. Il conseille d'opérer en deux temps, en faisant successivement l'incision de la peau, la ponction et l'incision de l'abcès. Comme il y avait beaucoup de foyers, la plupart des malades succombèrent et il n'y eut que deux cas de guérison. En France, les abcès n'ont pas la même marche.

M. Peyrot ne pense pas que les sutures puissent avoir d'inconvénient, car bien souvent le foie ne remonte guère, la poche étant presque constante après qu'elle est vidée

M. Charvot a vu deux fois des ouvertures d'abcès du foie faites sans suture. La guérison a été rapide.

— M. Lucas-Championnière présente deux jeunes filles, auxquelles il a pratiqué la résection du genou. Chez l'une, le raccourcissement est de 7 centimètres et la marche se fait parfaitement; chez l'autre, il y a eu deux résections successives et la marche est aussi très bonne avec une semelle peu élevée, bien que le raccourcissement soit de 12 centimètres.

De quelques nouvelles médications.

Massage abdominal dans la constipation infantile, par le docteur Karnitzky. (*Gazette médicale de Liège*, 1891, n° 14.)

Le docteur Karnitzky (de Kiew) a employé le massage abdominal dans 12 cas de cons-

tipation habituelle et dans 12 cas de constipation aiguë des enfants, âgés de 8 à 11 ans. Il tire les corollaires suivants de ses observations :

1° Le massage abdominal peut produire des effets sur la marche de la digestion qui ne sont en rien inférieurs à ceux des purgatifs;

2° La constipation habituelle peut très aisément être guérie par le massage seul, sans l'emploi simultané des purgatifs;

3° Plus l'enfant est jeune, plus la guérison est facilement obtenue;

4° Plus l'enfant est jeune, plus les manipulations doivent être modérées et plus les séances doivent être courtes;

5° La durée des séances doit varier de trois à dix minutes, suivant l'âge des patients. Il n'est pas à recommander de dépasser cette limite, car des séances plus longues sont inutiles et peuvent même aggraver la situation des malades;

6° On peut sûrement regarder le massage abdominal comme le meilleur traitement de la constipation des enfants. On ne doit user des médicaments purgatifs que dans des cas tout à fait exceptionnels. — P. N.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CAFÉINE DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES PUERPÉRALES. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1890, n° 23).

Le docteur Misrachi recommande l'emploi des injections de caféine dans les cas d'hémorrhagie post-partum, lorsqu'il y a intérêt à agir rapidement, surtout lorsque le médecin arrive après que la patiente a déjà eu une hémorrhagie. Ce traitement peut avoir certains avantages à la campagne, s'il est arrivé au médecin par exemple d'avoir à soigner des cas de maladies infectieuses, diphthérie ou érysipèle, et qu'il n'ait pu procéder à une désinfection complète de ses mains.

Suivant l'auteur, la caféine agit plus rapidement que l'ergot et produit un meilleur résultat que l'éther, bien que ce dernier soit un stimulant plus rapide. La caféine est administrée en solution qui sert aux injections hypodermiques; chaque injection renferme 20 centigrammes de caféine et l'on fait trois ou quatre injections de suite, ce qui fait au total 80 centigrammes de caféine.

Pour faciliter la dissolution, on emploie du benzoate de soude, les deux substances se dissolvent dans l'eau chaude. En résumé, la caféine injectée arrête l'hémorrhagie et agit comme stimulant; en conséquence, l'auteur recommande de porter sur soi des paquets de benzoate de soude et de caféine. — P. N.

FORMULAIRE

TOPIQUE CONTRE LE CARCINOME UTÉRIN. — Braun.

Brome.. 2 grammes.
Alcool pur.................................... 10 —

Mêlez pour usage externe. — Sur le carcinome ulcéré de l'utérus, on dépose des bourdonnets d'ouate imprégnés de cette solution, et on les laisse en place, en les recouvrant de tampons ordinaires. Quant aux parties saines, on les protège au moyen de bourdonnets de coton hydrophile, saupoudrés de benzoate ou de carbonate de soude. — Narcotiques à l'intérieur, pour remédier à l'insomnie et à la douleur. — S'il survient des vomissements, pilules de glace, boissons gazeuses, eau de laurier-cerise. — Injections vaginales désinfectantes avec une solution composée de : chlorure de chaux, 2 à 8 grammes; eau, 400 grammes. — N. G.

COURRIER

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se

sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité, pendant l'année 1887.

Médaille d'or. — M. Hallez (de Lille).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Pujos (d'Auch), Raymondot (de Limoges), Jablonsky (de Poitiers).

Médaille d'argent. — M. le docteur Gounand (de Besançon).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Mordret (du Mans), Fouquet (de Vannes) et Longbois (de Joigny).

— Dans sa séance du 29 décembre dernier, le Conseil général de la Seine a ouvert les crédits suivants pour dépenses hospitalières :

1° 79,266 francs pour travaux à exécuter en 1891 à l'asile Sainte-Anne (création de nouvelles chambres d'isolement, agrandissement des bains, construction d'une salle de consultation gratuite pour les malades).

2° 5,200 francs pour établissement dans cet asile d'une étuve fixe à vapeur humide sous pression, pour la désinfection des linges et vêtements.

D'autre part, le Conseil municipal a décidé l'installation d'une étuve du même genre à Saint-Antoine, Lariboisière, Bichat et Saint-Louis, et la création d'un service d'électrothérapie à Saint-Louis.

Dès que les ressources budgétaires le permettront, un service semblable sera installé dans divers hôpitaux.

— École de médecine de Limoges. — M. le professeur Raymondaud est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

Résultats de la muselière a Londres par rapport aux cas de rage. — Pendant les deux dernières années, les chiens ont été rigoureusement soumis au régime de la muselière sur toute l'étendue de la métropole, dans les comtés voisins et presque partout en Angleterre.

A Londres, avant l'application de ce régime, le nombre des cas de rage parvenus à la connaissance des autorités s'élevait à une moyenne annuelle de 400. En 1889, les chiens n'ont pu sortir que muselés, le nombre des cas de rage est descendu à 120.

En 1890, la muselière étant restée obligatoire, les cas de rage sont allés en diminuant, suivant les chiffres que voici :

Premier trimestre, 15 cas; deuxième trimestre, 13; troisième trimestre, 8; quatrième trimestre, 0.

En deux ans, on a donc supprimé la rage parmi les chiens sur toute l'étendue de Londres. (*Bull. méd*)

— Un Comité de médecins américains offre un prix de 2,000 francs au meilleur mémoire sur la question que voici : « L'usage habituel de l'opium, sous une forme quelconque, provoque-t-il des troubles organiques du rein? Comment se produisent les lésions et quelles sont-elles? »

Adresser les mémoires avant 1893 à M. Alfred L. Lomis, à New-York; le mémoire récompensé deviendra la propriété de l'*American Association for the Cure of Inebriety*, qui le publiera dans trois journaux.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Mirbeck, de Saint-Maurice (Meurthe-et-Moselle).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. Verneuil.

De la lymphe du professeur Robert Koch dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales.

L'année 1890 a failli devenir, pour la médecine scientifique et pratique, une date mémorable.

Un homme qui, par son extrême habileté dans la technique bactériologique et les importantes découvertes sorties de son laboratoire, s'était fait une place considérable parmi les savants contemporains, annonça à quelques mois de distance, modestement d'abord, puis solennellement, la découverte d'une substance qui, introduite dans l'économie par le procédé très simple des injections hypodermiques, possédait le merveilleux pouvoir non seulement de guérir la tuberculose avérée, visible et tangible, mais encore de la découvrir en quelque point qu'elle se cachât et sous quelque forme douteuse qu'elle se présentât.

De sorte qu'on ne savait ce qu'il fallait le plus admirer ou de l'*action curatrice* ou de l'*action révélatrice* de cet incomparable produit.

Sans doute, en divers pays, quelques esprits prudents s'étonnèrent du silence gardé par l'inventeur sur la composition et la préparation de son remède; — de la déclaration au moins singulière faite en plein Parlement étranger par un ministre de l'instruction publique qui, non content de vanter l'élixir qui allait sauver les humains par milliers, annonçait sans ambage que son gouvernement, par intérêt pour l'humanité, conserverait le monopole de la fabrication et encaisserait les bénéfices de la vente; — de l'indulgence avec laquelle on jugeait des procédés extra-scientifiques tout à fait ignorés jusqu'alors dans le monde médical honnête et auxquels les charlatans seuls osaient recourir; — de la facilité, enfin, qu'on montrait à accepter comme vraies des affirmations sans autres bases que des expériences douteuses et, en tout cas, inédites, faites sur quelques cochons d'Inde.

Mais la voix de ces sages resta sans écho. Le grand public, la presse politique, et même un nombre considérable de médecins, entonnèrent sans retard l'hosanna et célébrèrent, avec l'enthousiasme le plus irréfléchi et les épithètes les plus retentissantes, le liquide que M. le professeur Robert Koch appelait simplement de la lymphe, mais qu'un autre médecin allemand, sans doute peu au courant de la langue et de la prononciation françaises, a cru plus juste d'appeler la *kochine* (prononcez : coquine).

Alors on put assister au spectacle sans précédent d'un exode de méde-

cins et de malades accourant à Berlin des quatre coins du monde; les uns pour obtenir au poids de l'or quelques grammes de la drogue, — dont le stock disponible fut d'ailleurs bientôt épuisé, — les autres, pauvres moutons de Panurge, pour se soumettre, à l'aveugle et dans des conditions déplorables de transport, de climat et d'hygiène, à un traitement empirique dont les promoteurs eux-mêmes ne savaient pas le premier mot, comme l'événement ne l'a que trop démontré.

On sait, en effet, pour ce qui concerne l'action curatrice, combien fut prompt et complet l'effondrement de la fameuse trouvaille et ce qui reste aujourd'hui des folles espérances qu'on avait si légèrement fondées sur un produit de laboratoire mal défini, mal étudié, mal administré, et qui, en dépit de la garantie du gouvernement de l'empire d'Allemagne, n'a produit, depuis son audacieux transfert de la cage des cobayes à la clinique humaine, que des déceptions et des désastres.

On raconte qu'un auguste personnage aurait dit que la découverte de M. Koch serait un Sedan scientifique; la prophétie s'est réalisée, mais le désastre, cette fois, a eu lieu sur l'autre rive du Rhin; quelques semaines ont suffi pour enterrer ce qu'on a appelé si finement et si exactement « l'accès de boulangisme médical qui a sévi dans la capitale de la Prusse ».

Mes élèves me rendront cette justice que, *dès le premier jour*, à la simple lecture, attentive il est vrai, de la réclame, j'avais, d'après sa teneur même, son cachet mercantile et ses termes ambigus, deviné... l'erreur, pour employer un terme poli, sans pouvoir néanmoins soupçonner jusqu'où descendrait le bilan lamentable de la faillite, qui, si je ne me trompe, peut se dresser de la manière suivante :

Guérisons authentiques et durables	Encore à démontrer.
Améliorations passagères	Un petit nombre.
Améliorations prolongées	Beaucoup plus rares.
Etat stationnaire, effet nul après plusieurs semaines de traitement	Cas assez commun.
Aggravation locale plus ou moins sérieuse, mais passagère	Résultat ordinaire.
Aggravation locale persistante	Assez souvent observée.
Accidents graves éclatant dans des organes sains ou du moins non tuberculeux	Fréquents.
Accidents mortels immédiats, provenant des aggravations locales ou des lésions des organes sains, ou de l'infection créée par la lymphe.	Déjà très nombreux, M. Virchow à lui seul a autopsié 28 victimes!
Accidents mortels tardifs	Plusieurs sont déjà signalés.

Aucune supériorité dans les cas légers sur les moyens actuellement mis en œuvre.

Impuissance avérée dans les cas graves et, en plus, péril imminent souvent impossible à prévoir.

Contre-indications formelles et multiples qu'il serait imprudent et coupable de transgresser.

Et on vous conseille de poursuivre les expériences sous prétexte qu'il y a peut-être quelque chose à attendre dans l'avenir!

Et on continue à s'extasier sur ce qui se passe dans les foyers tuberculeux après les injections de lymphe, comme si on n'avait jamais constaté l'effet de certains médicaments sur certaines affections locales, de l'iodure de potassium, par exemple, qui modifie si heureusement l'ulcération tertiaire et si malheureusement l'ulcération épithéliale et l'effet de certaines

maladies infectieuses sur diverses lésions locales préexistantes : tel l'érysipèle qui efface momentanément quelques dermatoses et même les nodosités cancéreuses; telles encore la rougeole et la coqueluche, qui font si souvent surgir des affections tuberculeuses latentes jusqu'alors.

Pour ma part, ma religion est éclairée; j'ai à ma disposition de la trop fameuse lymphe, mais, si je m'en sers, ce sera sur des lapins et des cobayes, et non sur mon prochain, estimant qu'il est temps de cesser une ténébreuse et désormais coupable expérimentation.

Je passe maintenant à *l'action révélatrice* et vais successivement examiner : si elle est aussi solidement établie qu'on le veut bien dire; — si son emploi est nécessaire et même seulement utile en pratique; — et enfin, en présence des dangers indéniables qu'elle entraîne, dans quels cas il serait permis d'y faire appel comme moyen d'information.

D'après M. Koch, la lymphe introduite dans l'organisme par la voie hypodermique se diffuse rapidement; mais, en vertu d'une curieuse propriété de sélection, elle épargne les tissus sains, ainsi que les tissus pathologiques non tuberculeux, et tout en se montrant d'ailleurs fort clémente pour les bacilles, qu'elle laisse vivre et pulluler, produit exclusivement ses effets sur le tissu tuberculeux (*sic*) qu'elle désorganise, qu'elle enflamme, qu'elle mortifie et dont elle prépare l'élimination.

D'où ces conclusions : 1° que l'apparition de désordres locaux consécutifs à l'injection indiquerait sûrement la nature tuberculeuse d'une lésion douteuse ou l'existence non soupçonnée d'un foyer tuberculeux; 2° que tout organe restant silencieux devant la provocation de la lymphe ne renfermerait certainement pas de tubercules.

Je ne m'explique pas très bien, et je serais heureux d'avoir sur ce point des éclaircissements, comment en se bornant à expérimenter sur des cobayes, dont le cadre nosographique, autant que je sache, est moins rempli que le nôtre, on a pu acquérir tant de notions positives ou négatives applicables à notre espèce. M. Koch aurait-il par hasard inoculé des cochons d'Inde syphilitiques, cancéreux, diabétiques, atteints de coxalgie, du mal de Pott ou d'épididymite tuberculeuse, pour en savoir si long sur la propriété d'élection? En tout cas, il est certain que les règles susdites, transférées en pathologie humaine, si elles renferment une part de vérité, comportent néanmoins trop d'exceptions pour fournir des caractères pathognomoniques et par conséquent trancher les diagnostics difficiles.

Ainsi il est *absolument inexact* d'avancer que tout foyer tuberculeux patent ou latent devient inévitablement, à la suite de l'injection, le siège d'une réaction locale; plusieurs médecins éminents ont constaté que chez certains phthisiques assez avancés les effets ont été absolument nuls.

La réaction, quand elle se montre, peut se produire fort irrégulièrement, manquant à la première, à la seconde injection, pour n'apparaître qu'à la troisième ou plus tard encore; ou bien survenir aux premières inoculations et ne plus se reproduire dans la suite, bien que le tubercule n'ait pas changé de siège et n'ait subi aucune modification; auquel cas on dit que le tubercule s'accoutume à la lymphe, quand il est plus probable que c'est l'organisme qui acquiert l'accoutumance.

La réaction est parfois vive avec de faibles doses, insignifiante avec des quantités triples ou quadruples; elle peut être passagère et unique ou passagère et réitérée, subintrante et même très prolongée.

Bref, la réaction locale, par son inconstance et ses irrégularités, perd la plus grande partie de sa valeur détective.

J'en dirai autant de la réaction générale, qui n'est pas moins capricieuse.

Il est *tout aussi inexact* d'avancer que la réaction locale porte exclusivement sur le tissu tuberculeux ou les organes renfermant des tubercules latents. Dans une courte visite que je fis dernièrement dans les salles de mon excellent collègue et ami, le professeur Lannelongue, j'ai vu un premier enfant portant sur le ventre et sur les cuisses de larges plaies granuleuses, consécutives à des brûlures; il n'y avait là, ni ailleurs, trace de tubercule. L'inoculation détermina pourtant le sphacèle des bourgeons charnus et un tel état qu'on aurait pu croire au développement, en ce point, de la pourriture d'hôpital; puis un deuxième enfant atteint de lupus peu étendu du nez et de la joue. On fit une injection d'un milligramme : les ulcérations lupiques se desséchèrent et se couvrirent de croûtes, mais en même temps apparut sur le corps une éruption psoriasiforme, et, un peu plus tard, les grandes articulations furent prises comme dans les cas de rhumatisme infectieux généralisé. Inutile de dire que ni la peau, ni les synoviales ne renfermaient de tubercules, comme le prouva la marche ultérieure des deux complications.

Je n'insisterai pas, tout le monde ayant vu des faits semblables. Je me permettrai seulement de poser cette simple question :

Lorsqu'à la suite d'une injection de lymphe on observe des vomissements, de l'ictère, du gonflement de la rate, de l'hématurie, de l'albuminurie, des syncopes, de l'endocardite, du coma et du délire, et que le tout a disparu au bout de deux jours, admettrait-on par hasard que l'estomac, le foie, la rate, le rein, le cœur, le cerveau ont réagi, parce qu'ils renfermaient des tubercules? Et la fièvre, l'amaigrissement, les troubles digestifs, partiraient-ils aussi de foyers tuberculeux excités par la lymphe?

Il n'est, en vérité, pas besoin d'être grand docteur pour donner de tous ces faits une explication plus simple et surtout beaucoup plus logique.

La drogue de M. Koch, poison chimique, ptomaïne, leucomaïne, virus à microbe encore inconnu ou virus tuberculeux modifié, peu importe, crée à coup sûr, chez l'homme, une maladie infectieuse nouvelle et redoutable dont le besoin, j'en conviens, ne se faisait nullement sentir, mais qui, à la façon de certaines pyrexies, la fièvre typhoïde et la malaria par exemple, peut affecter tous les organes, tous les systèmes antérieurement sains; mais qui, chemin faisant, rencontrant des foyers tuberculeux, réagit souvent et si violemment sur eux comme sur des lieux de moindre résistance et y fait naître différents processus morbides : l'inflammation, la suppuration, la mortification, sans compter la dispersion lointaine des bacilles.

Si à cette conception on joint la connaissance de la nature de la lymphe, laquelle, à en croire M. Koch, qui s'est enfin décidé à parler, ne serait qu'une culture particulière du virus tuberculeux, on fera aisément rentrer dans les cadres de la pathologie ce qu'on pourrait appeler la *kochinose*, tout en regrettant que le célèbre bactériologiste de Berlin n'ait pas fait un meilleur usage de sa grande science de laboratoire.

Mais revenons à l'action révélatrice, dont j'ai contesté la valeur absolue, mais que je ne saurais nier, et dont j'admets même, si l'on veut, la fréquence. Quel parti en peut-on tirer? Et d'abord faut-il en tirer parti?

Nul doute que, si l'action curatrice était avérée et si les inoculations étaient innocentes ou à peu près, on bénéficierait du même coup de l'action

révélatrice, qui permettrait de marcher plus sûrement dans la voie thérapeutique; mais, comme il en est tout autrement, peut-on susciter la réaction locale et générale dans le seul but de poser un diagnostic précis?

Or, je réponds catégoriquement par la négative.

En somme, la provocation de la réaction susdite n'est tout simplement qu'un de ces moyens d'exploration comme nous en employons tous les jours dans les cas obscurs, et que justifie d'ailleurs le fameux axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Une ulcération est peut-être syphilitique? Nous administrons le mercure ou l'iodure de potassium; une hémorrhagie, une névralgie survient chez un sujet qui a eu jadis la malaria; nous prescrivons le sulfate de quinine. Ces essais sont fort légitimes, et on peut en étendre le cercle à la condition expresse qu'ils ne soient pas nuisibles et qu'on les abandonne au plus vite si on s'aperçoit qu'on a fait fausse route.

Il y a au moins vingt-cinq ans que je tonne sans relâche, dans mes cours et dans mon enseignement, contre les *explorations dangereuses ou inutiles en chirurgie*. Or, jamais mieux qu'aujourd'hui, l'anathème n'aura été justifié, car je n'hésite pas à proclamer dangereuses et inutiles les réactions produites par la kochine.

Ces réactions, comme on le sait, sont, l'une locale, l'autre générale. La première est caractérisée anatomiquement par une aggravation notable de l'affection tuberculeuse primitive avec adjonction de processus morbides nouveaux et par une extension plus ou moins considérable démontrée péremptoirement par le professeur Virchow. Elle répond cliniquement à ce qu'on désigne par les termes de coup de fouet, éveil, réveil ou propagation de la diathèse, auto-inoculation, généralisation, etc.

La seconde n'est autre chose que la création préméditée chez l'homme d'une maladie infectieuse grave, que la moindre imprudence du praticien ou le mauvais état des organes du malade peut facilement rendre mortelle.

Or, qui donc, de gaieté de cœur, pourrait se résoudre, sauf en des cas extrêmement rares, à accroître et à étendre une lésion locale, à faire passer une maladie générale de l'état latent à l'état patent? Qui voudrait, par curiosité, réveiller la syphilis, la malaria, l'érysipèle, l'ostéite microbienne? Qui oserait surtout greffer sur la tuberculose, maladie infectieuse à marche lente, à trêves souvent très prolongées, à guérison fort possible, une autre maladie infectieuse à évolution rapide, qui peut tuer en quelques heures (cas de M. le professeur Ziemssen), en quelques jours (cas de mort d'une lupique observé à Stuttgard), des sujets ayant devant eux, suivant toute probabilité, de longs jours, sinon même de longues années d'existence?

(A suivre.)

REVUE DES CLINIQUES

La cirrhose cardiaque, par M. le docteur Barth (1). — Nous allons nous entretenir aujourd'hui d'une affection hépatique d'origine cardiaque, que l'on appelle, pour cette raison même et à cause de certaines lésions scléreuses qui en sont la conséquence, cirrhose cardiaque.

Nous avons actuellement dans le service trois malades qui en présentent le caractère clinique; ce sont trois femmes. La première est couchée au n° 16 de notre salle Axenfeld. Elle a 58 ans, et, il y a quinze jours, est entrée ici en proie à un accès d'asystolie

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1891, n° 2.

caractérisée. C'est une arthritique héréditaire et acquise ; la goutte existe dans sa famille ; elle-même a été, à plusieurs reprises, atteinte par des attaques de rhumatisme.

Là s'arrête son histoire pathologique ; elle n'a eu aucune autre maladie. Elle est mère de deux enfants bien portants, et ses couches se sont bien passées. A 50 ans, s'est établie la ménopause sans manifestation réactionnelle bien marquée du côté des organes génitaux.

Il y a environ dix ans, ont apparu des palpitations et des phénomènes dyspnéiques assez accusés. En 1881, des accidents véritablement sérieux se sont montrés, qui ont forcé la malade à s'aliter : enflure des jambes, essoufflement au moindre effort, à l'occasion d'une marche un peu longue, de fatigues quelconques, de la montée d'un escalier. Le tout s'aggravant, l'asystolie se manifesta. La malade entra alors à l'hôpital Cochin, où on lui donna de la digitale. Depuis neuf ans, de tels états réapparurent, à de longs intervalles d'abord, le retour à la santé ayant lieu pendant les périodes d'accalmie, puis plus fréquemment depuis trois ans, les phénomènes morbides n'ayant point le temps de disparaître complètement d'une attaque à l'autre. Chaque fois la digitale amenait une sédation des symptômes ; l'urination se produisait abondante et l'enflure des membres inférieurs disparaissait ; mais, dans les derniers temps, le médicament avait perdu de son pouvoir, et, même après la disparition de l'œdème des membres, l'abdomen restait ballonné.

La malade, d'abord, n'attacha pas grande importance à cette augmentation de volume de son ventre, car, disait-elle, ce gonflement se montrait après ses grossesses, pour persister un temps assez long.

L'année dernière, un nouveau symptôme fit son apparition, la jaunisse. L'ictère était accompagné d'une sensation de lourdeur, de pesanteur aux hypochondres ; le ventre devint plus gros, plus tendu, et l'on put constater un épanchement de liquide qui augmenta assez rapidement. En avril dernier, l'on fut forcé de pratiquer, à son domicile, une ponction qui amena de 8 à 10 litres environ d'un liquide ascitique citrin.

C'est à peine si, à son entrée à l'hôpital, elle est remise de cette ponction. Le trajet fistulaire, formé par le trocart, ne s'est pas cicatrisé et il existe un suintement liquide qui se fait par son orifice externe. L'examen du thorax nous montre que nous avons là affaire à une lésion mitrale avec accès d'asystolie.

Le cœur est dilaté, augmenté par conséquent de volume. Les battements sont faibles, et nous trouvons à la pointe un souffle systolique. Ce souffle a été difficile à percevoir le premier jour, mais, sous l'influence du repos et de la digitale, les phénomènes d'auscultation se sont accentués, et nous avons pu l'entendre très net.

Nous constatons des signes d'anasarque généralisée et considérable : œdème des jambes avec induration des téguments ; râles de congestion pulmonaire aux deux bases. Mais l'infiltration est surtout accentuée au ventre ; l'abdomen a pris un développement considérable ; il est très volumineux et de forme arrondie, ballonné, d'une façon générale, aplati vers les flancs.

Le foie est dur et très hypertrophié ; il déborde partout ses limites naturelles et dépasse de six travers de doigt les fausses côtes. Il n'est pas animé de battements hépatiques. Sa surface est lisse. Il est peu mobile et douloureux à la pression.

Il existe toujours un peu d'ascite ; mais celle-ci est peu abondante ; en effet, comme nous l'avons déjà dit, le liquide suinte par l'orifice dû à la ponction, et ne peut ainsi se collecter qu'imparfaitement. Cependant la quantité s'en est accrue depuis quelque temps et il est fort possible que, d'ici peu de jours, nous soyons de nouveau forcés de recourir à la ponction.

Voici, en résumé, la situation. La malade que nous avons sous les yeux est atteinte d'affection mitrale depuis plusieurs années. Des troubles hépatiques se sont montrés à la suite, et se sont révélés par la pesanteur dans l'hypochondre droit, de l'augmentation de volume du foie, par l'apparition d'un ictère et par l'ascite ; actuellement ce sont les symptômes hépatiques qui sont prédominants, et nous avons affaire véritablement à une cirrhotique.

Les deux autres malades dont je vous ai parlé sont assez analogues.

La première d'entre elles est âgée de 31 ans, et se trouve couchée au n° 9 de notre

salle Axenfeld. Il y a déjà longtemps qu'elle est dans le service, et nous avons pu la suivre dans le développement de sa lésion.

Elle est atteinte de saturnisme chronique, ce qui est un point très important à considérer, car c'est là la première origine de l'affection très complexe dont elle souffre. Nous pourrions même dire, jusqu'à un certain point, qu'elle est une saturnine héréditaire : tous les membres de sa famille polissent les caractères d'imprimerie; sa mère était polisseuse comme elle, et notre malade nous raconte que cette dernière aurait fait plusieurs fausses couches occasionnées par l'intoxication plombique. Quant à notre malade elle-même, elle est restée bien portante jusqu'à 25 ans; il n'y a à noter dans cette période que quelques accidents légers de saturnisme sans manifestations aiguës. Cette intoxication légère avait déterminé une dyspepsie assez tenace, ainsi qu'un certain degré d'anémie.

La santé cependant se maintenait dans de bonnes conditions.

Trois ou quatre ans avant son entrée à l'hôpital, des phénomènes cardiaques se sont montrés; elle a ressenti de vives palpitations; les membres inférieurs sont devenus le siège d'un œdème, surtout accentué au niveau des malléoles.

Les mictions se sont rapprochées, mais les urines sont devenues moins abondantes; en même temps une gêne légère de la respiration s'est établie. Puis le tout s'est accentué; l'œdème s'est exagéré, ainsi que la dyspnée. En juillet dernier, elle se décide à venir réclamer nos soins et, à son arrivée, nous constatons des phénomènes mitraux très nets; l'hypertrophie cardiaque est aisée à constater; il existe un souffle très intense à la pointe et au premier temps; le cœur bat avec assez de fréquence pour que nous puissions dire qu'il y a tachycardie.

L'auscultation des poumons nous permet d'entendre aux deux bases des râles nombreux de congestion pulmonaire, mais, d'autre part, notre attention est portée sur des signes évidents de néphrite chronique d'origine probablement saturnine. Les urines sont rares et très chargées d'albumine; il existe en outre des symptômes d'urémie douce, tels que céphalée, insomnie, etc.

A ce moment, l'on ne peut constater que peu de chose au niveau du foie; il est de volume modéré; l'ascite est en quantité médiocre.

Nous l'avons soignée par les diurétiques, les purgatifs, le lait; enfin, nous avons exercé de la révulsion au niveau des poumons.

Les accidents se sont calmés sous l'influence de ce traitement et plusieurs fois la malade est sortie de l'hôpital se trouvant mieux, mais avec un cœur et un foie prêts à rentrer en scène au premier jour.

Et, par le fait, au moindre écart de régime, à la moindre fatigue, tous les phénomènes reparaissent, phénomènes cardiaques, phénomènes d'insuffisance urinaire. L'on peut dire que c'était là de l'asystolie à répétition.

Le foie augmentait de volume à chaque poussée d'asystolie; il devenait volumineux, dur et sensible à la pression. Quand, après administration de digitale et surtout de calomel, qui chez cette malade avait une action diurétique vraiment remarquable, l'insuffisance urinaire avait disparu et que les phénomènes s'étaient apaisés du côté du cœur, le foie restait cependant plus gros qu'à la crise précédente et, peu à peu, de crise en crise, est arrivé à atteindre un volume considérable en même temps qu'une certaine quantité d'ascite pouvait se déceler dans les parties déclives.

Cet épanchement sérieux ne fit qu'augmenter et, vers la fin de janvier dernier, occasionnait déjà des troubles très considérables. L'on fut obligé de pratiquer la ponction malgré l'état de faiblesse où se trouvait la malade. Je dis malgré l'état de faiblesse, car vous devez vous souvenir, en faisant une ponction, que l'ascite se reproduit souvent très vite et spolie ainsi le sang d'une quantité notable d'albumine, d'où résulte une très grande fatigue pour le patient.

Six litres de liquide furent évacués par cette ponction. Mais la ponction n'a guère, dans ces cas, qu'un effet simplement palliatif. Les phénomènes se reproduisirent rapidement, et le 6 mars, puis le 9 avril, cette même opération fut jugée nécessaire; chaque fois on retira neuf litres de liquide. Nous sommes actuellement sur le point d'en faire une quatrième; la malade étant en assez bon état, la ponction lui sera fort utile en per-

mettant plus de liberté aux mouvements respiratoires, gênés par le refoulement du diaphragme.

Vous voyez que les phénomènes que l'on constate aujourd'hui sont tout différents de ceux que l'on trouvait autrefois.

Antérieurement c'était surtout une cardio-rénale; maintenant, au contraire, le cœur va bien; il suffit encore d'une façon satisfaisante à sa tâche.

Le rein, il est vrai, est toujours pris, car nous trouvons encore que les urines sont peu abondantes et qu'elles contiennent une certaine quantité d'albumine, actuellement cinq grammes. Mais, malgré ces troubles urinaires qui existent depuis longtemps, on n'a pas pu noter de signes même légers d'urémie, ce qui prouve que la dépuration rénale est presque suffisante.

Donc le cœur va mieux et le rein ne fonctionne pas mal; en revanche, du côté du foie et de l'abdomen, existent des symptômes qui vous frappent à première vue. Le foie est volumineux, très dur, sensible à la pression, régulier et lisse; ses limites atteignent l'ombilic. L'ascite est très abondante, sa quantité peut être évaluée à six ou huit litres; la circulation intra-abdominale en est fortement gênée, d'où développement d'une circulation collatérale tégumentaire.

Notre troisième malade est couchée au n° 26 de la salle Axenfeld. Elle a 50 ans. Ses antécédents sont les suivants : elle a eu un frère mort cardiaque; elle-même a ressenti des troubles circulatoires assez notables. Depuis trente ans l'essoufflement est facile à la moindre fatigue, au moindre effort. Plus tard, elle a subi des accès de colique hépatique; enfin, ce qui est très important, elle a présenté, à des intervalles plus ou moins rapprochés, plusieurs poussées d'ictère.

Ces accidents se sont éloignés ensuite pour disparaître à peu près complètement depuis nombre d'années; mais depuis trois ans s'est développée une affection cardiaque parfaitement caractérisée : palpitations violentes et répétées, enflure des jambes, dyspnée de telle intensité qu'elle est parfois forcée de rester assise sur son lit et de passer toute la nuit dans cette situation pénible. C'est dans cet état que je la vis et la soignai, il y a trois ans, à l'hôpital Tenon. C'était alors une mitrale et une tricuspidienne. Les divers phénomènes que j'observai alors, et dont je viens de vous parler, s'apaisèrent assez vite, mais ils se sont reproduits plusieurs fois depuis trois ans. Elle entrait alors à l'hôpital dans un état d'asystolie pitoyable, puis, allant mieux, elle en ressortait pour travailler. Ces alternatives se sont répétées plusieurs fois, ce qui prouve que le cœur, irrémédiablement lésé, se trouvait encore cependant dans des conditions assez favorables de santé pour pouvoir fonctionner à l'aide d'un traitement approprié.

Mais chaque fois qu'une attaque d'asystolie s'est produite, les lésions du foie se sont accentuées; celui-ci ne revenait point sur lui-même comme le faisait le cœur; il ne recouvrait pas son volume antérieur à la crise. Autrefois, il y avait de l'ascite, mais une ascite par exsudation, tout à fait comparable à l'œdème lui-même; aussi l'ascite pouvait-elle disparaître au même titre que l'œdème. Mais actuellement, l'épanchement est énorme. Au mois d'août dernier, l'ascite était devenue si considérable qu'une ponction fut rendue nécessaire par les troubles circulatoires et respiratoires qu'elle causait. L'abdomen vidé, le traitement approprié, c'est-à-dire diurétique et régime lacté, put conjurer les accidents; mais le foie restait énorme et une ascite chronique de peu d'abondance persistait toujours. La malade sortit en octobre, mais elle revint en janvier; elle était alors atteinte d'influenza, par elle-même peu grave, mais suivie de manifestations de congestion pulmonaire avec arythmie cardiaque et asystolie; visage cyanosé; veines du cou et de la face gonflées, anasarque accentuée, ascite considérable laissant cependant percevoir un énorme foie qui s'étendait jusqu'à l'ombilic. Une ponction donna neuf litres de liquide.

L'ascite s'est depuis lors reproduite : le 6 mars, on retira de nouveau huit litres, et le 6 mai, neuf litres.

L'examen actuel nous permet de constater des symptômes à peu près semblables, mais très atténués. Le cœur, qui a été le premier atteint, semble au contraire être aujourd'hui le viscère le moins malade; il n'offre à noter ni arythmie, ni irrégularité.

L'anasarque a bien diminué; mais il existe toujours cette variété d'œdème chronique

que l'on observe si ordinairement chez les vieux cardiaques. Le foie est toujours gros et présente les phénomènes que nous avons signalés plus haut : dureté, état lisse, sensibilité à la pression, etc. Le ventre reste volumineux, mais l'ascite ne se reproduit que lentement, grâce au repos, grâce au régime lacté, grâce au traitement; néanmoins, il demeure évident que, si la malade n'observe point rigoureusement la ligne de conduite que nous lui avons tracée, l'ascite réapparaîtra rapidement, ainsi que les autres manifestations morbides que nous avons indiquées tout à l'heure. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

L'œsophagotomie externe dans le cancer de l'œsophage, par le docteur CHRISTOVITCH (*Bull. thér.*, 1890, 48). — Indications de l'œsophagotomie externe dans le cancer de l'œsophage :

1° Lorsque la tumeur siège à l'orifice supérieur de l'œsophage ;

2° Lorsque la consistance de la tumeur n'est pas molle, mais, au contraire, dure, pour éviter les conséquences fâcheuses de la déchirure ou de l'hémorrhagie grave dans les tentatives faites pour dilater l'endroit rétréci.

Avantages de l'œsophagotomie externe en comparaison avec la gastrotomie :

1° Comme opération, elle est plus facile à pratiquer et moins dangereuse que la gastrotomie. Pour éviter toute complication après l'opération, il faut faire l'incision large et mettre une sonde élastique à demeure pour permettre l'écoulement facile des liquides de la bouche, du pharynx et de la plaie ;

2° L'endroit rétréci par l'opération est accessible à l'exploration directe et à une tentative de dilatation, et si, par bonne chance, on constate une tumeur de nature bénigne ou un rétrécissement cicatriciel, l'opération peut donner une guérison ;

3° Si les forces du malade ne sont pas trop épuisées et s'il n'y a pas une urgence absolue, l'œsophagotomie externe pourrait nous servir à pratiquer la gastrotomie plus facilement et plus sûrement ;

4° Dans tous les cas de rétrécissements non cancéreux de la partie supérieure de l'œsophage, l'œsophagotomie est l'opération de choix en cas d'indication opératoire ;

5° L'œsophagotomie externe permet de procéder même à une résection du morceau de l'œsophage cancéreux, et de suturer ensuite les bords de l'œsophage avec les bords de la plaie cutanée. — P. N.

REVUE DES THÈSES

MÉTHODE DE DOUCEUR DANS LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DE LA HANCHE EN ARRIÈRE, par le docteur S. CATOIR. — Lille, L. Danel, 1889.

1° Dans la luxation la plus commune de la hanche, la tête fémorale sort par la partie inférieure de la capsule, et se dirige soit en haut (luxation iliaque), soit en arrière (luxation ischiatique) en laissant intact le ligament en Y.

Le mécanisme se résume toujours en un effort pendant la flexion, suivi ou non d'impulsion du membre en arrière.

2° Aucune tentative de douceur n'est praticable si la cuisse n'est préalablement fléchie (premier temps) sur le bassin.

Les manœuvres deviennent beaucoup plus faciles si la flexion est poussée jusqu'à conduire le genou sur le ventre.

La meilleure flexion est celle qui se fait dans l'adduction.

3° Le second temps est essentiellement composé de la rotation en dehors; mais des tâtonnements presque inévitables amènent le chirurgien à pratiquer tour à tour la rotation en dehors et en dedans.

4° Le troisième temps (coaptation) ne doit être pratiqué qu'au moment où la tête se trouve amenée exactement au-dessous du cotyle.

On l'obtient soit par l'impulsion directe à l'aide de la main, soit par le coup de genou. Il est nécessaire d'ajouter à ce moment une très légère déflexion de la cuisse.

5° La méthode de douceur est encore applicable lorsque la luxation de la hanche est devenue ancienne. — P. C.

LES NŒVI PIGMENTAIRES, par M. L.-A. HUGUES. — Paris, O. Doin, 1890.

1° Les nœvi pigmentaires punctiformes plats ont la même constitution histologique que les taches pigmentaires et les grands placards de mélanodermie (nigritie des auteurs).

2° Les nœvi pigmentaires hypertrophiques ou papuleux sont de même nature que les nœvi pigmentaires plats, ils n'en diffèrent que par l'absence du pigment qui peut ne pas exister, si le nœvus est peu ou pas coloré.

3° Tous les nœvi, en général, circonscrits ou diffus, possèdent dans la couche dermique des éléments cellulaires qui sont d'une constance absolue (ces éléments cellulaires peuvent fort bien expliquer la transformation du nœvus, sous certaines influences, en néoplasme).

4° Les granulations pigmentaires ont leur siège anatomique et dans la couche profonde de l'épiderme et dans la couche superficielle du derme; cette dernière contenant les cellules embryonnaires.

5° Les taches pigmentaires congénitales de la peau sont dues probablement à des maladies fœtales.

L'imagination ne peut en rien occasionner, par sa seule influence, leur apparition dans tel ou tel endroit du corps; si l'imagination intervient parfois dans la production de ces difformités, ce qui est très douteux, ce ne peut être qu'en causant temporairement un trouble de nutrition de la mère et par suite du fœtus. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1891. — Présidence de M. TARNIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de candidature de MM. Rampoldi, G. André et A. Morvan.

Ablation d'un morceau de foie par la ligature élastique. — M. DUPLAY fait un rapport sur une observation de M. Terrillon se rapportant à cette opération. Il existe dans la littérature un certain nombre de cas d'ablation d'une partie du foie. Cette ablation a été faite tantôt pour une hernie de l'organe après la laparotomie, tantôt pour extirper une tumeur. Dans ce dernier cas, les hémorrhagies sont fréquentes, même quand on a appliqué une ligature. Le lien élastique, tel que l'a employé M. Terrillon, rendra de très bons services en pédiculisant artificiellement la portion du foie et en assurant l'hémostase.

La vaccination obligatoire. — M. PROUST constate que M. Le Fort est complètement d'accord avec lui relativement à l'isolement et à la désinfection. Nous n'avons que ces moyens pour combattre la diffusion de beaucoup de maladies infectieuses : diphthérie, scarlatine, rougeole, choléra, etc. Mais pour la variole, Jenner nous a enseigné à rendre le terrain réfractaire, et cela vaudra toujours mieux que tous les isolements. On isole les varioleux non seulement à Paris, mais à Marseille, Montpellier, etc. Cependant cet isolement n'empêche pas les épidémies, car on en a observé une à Sheffield en 1887 et pourtant cette ville est pourvue d'un hôpital de varioleux.

Avant 1874, l'obligation de la vaccine n'existait en Allemagne que pour des cas particuliers.

Au point de vue de l'action de la vaccination et de la revaccination obligatoires, l'Allemagne peut être prise comme type, car les médecins allemands sont forcés de venir en France pour voir la variole. En Angleterre, où la vaccination seule est obligatoire, la mortalité est bien plus élevée qu'en Allemagne.

M. Proust termine de la manière suivante :

« Ce qui vous effraie, c'est le mot obligatoire; mais n'avons-nous pas déjà le service obligatoire, l'instruction obligatoire, la vaccination obligatoire pour les soldats et les employés d'un grand nombre d'administrations ?

« La liberté de répandre les maladies est une de celles que l'intérêt commun ordonne le plus de refréner. Comment! l'Allemagne est arrivée à supprimer à peu près complètement la mortalité par variole, et nous ne pourrions arriver au même résultat! Mais en agissant ainsi, nous commettrions un acte de lèse-patrie.

« Je propose donc à l'Académie de voter les conclusions suivantes que le Comité consultatif d'hygiène a adoptées à l'unanimité :

« Considérant que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'empêcher le développement de la variole;

« Que ces opérations ne présentent aucun danger lorsqu'elles sont pratiquées suivant les règles de l'art;

« Que non seulement elles ne sont pas dangereuses en temps d'épidémie de variole, mais qu'elles sont le seul moyen qui puisse arrêter ces épidémies;

« Que la variole a presque disparu des pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoires et régulièrement pratiquées;

« Que cette maladie doit disparaître complètement des pays civilisés;

« Considérant que nous possédons avec le vaccin animal une source pure de vaccin donnant une sécurité absolue et pouvant satisfaire à toutes les éventualités :

« Emet le vœu :

« Qu'une loi rende obligatoire en France la vaccination et la revaccination, conclusion approuvée par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, dans sa séance du 27 mai 1889. »

M. Dujardin-Beaumetz combat l'opinion de M. Le Fort qui place en tête des moyens à employer contre la propagation de la variole, l'isolement et la désinfection obligatoires. Cependant, il s'agit là de mesures qu'il serait très difficile d'imposer. Il faudrait, en effet, violer le secret médical, interner les malades jusqu'au moment où ils seraient parfaitement guéris, enfin, créer des accumulations de varioleux qui pourraient devenir des foyers de contagion. La désinfection ne peut se faire qu'à l'aide de mesures vexatoires, de visites faites par des médecins délégués. Ni la désinfection, ni l'isolement ne doivent, du reste, être négligés et on pourrait émettre le vœu qu'une loi les rende applicables, mais la vaccination doit rester au premier rang.

M. Dujardin Beaumetz pose les conclusions suivantes :

« De tous les agents prophylactiques des maladies infectieuses, et en particulier de la variole, la vaccination obligatoire est celle dont l'obligation lèse le moins la liberté individuelle. Cette obligation doit donc être rigoureusement imposée. Des mesures législatives doivent, malgré les résistances qu'elles pourraient soulever, être édictées par une loi de police sanitaire. L'adoption d'une pareille loi est absolument urgente. »

— M. Kirmisson montre un malade atteint de double pied plat valgus douloureux qu'il a traité par la résection astragalo-scaphoïdienne. Actuellement, l'opéré peut marcher toute la journée sans appareil spécial.

FORMULAIRE

Des lavements froids contre l'ictère. — Krull.

Dans le cas d'ictère simple catarrhal, Krull recommande les lavements d'eau froide. Un lavement de 1 à 2 litres d'eau, à 12 degrés Réaumur, est injecté le premier jour. Les jours suivants, on élève peu à peu la température jusqu'à 18°. Dès les premiers lavements, l'appétit reparaît, la sensibilité hépatique et épigastrique cesse à son tour, et les forces reviennent. — Selon Chauffard, qui a introduit cette méthode en France, on doit réussir en quatre à six jours, dans les ictères récents ou datant de plusieurs semaines.

La désobstruction est accompagnée et suivie de polyurie et d'azoturie. Les lavements d'eau froide agissent en provoquant le péristaltisme intestinal. — Parmi les auteurs étrangers qui confirment les succès de cette méthode, on peut citer Lœwenthal, Eichhorst et Pregadino. — N. G.

COURRIER

Société de chirurgie. — Le bureau de la Société de chirurgie est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées, le legs de la somme de cinq mille francs (5,000 fr.), qui lui a été fait par le docteur Ricord (Philippe), suivant son testament olographe du 11 février 1882. Le montant de ce legs sera placé conformément à l'article 18 des statuts de l'Association.

Concours aux emplois de médecins du traitement a domicile. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 16 février 1891.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Le cinquantenaire de Mlle Bottard. — Une intéressante cérémonie a eu lieu dernièrement à la Salpêtrière, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, pour fêter le cinquantenaire des services hospitaliers de Mlle Bottard, surveillante de cet établissement où elle a débuté comme infirmière le 12 janvier 1841. Le grand amphithéâtre de la Salpêtrière, élégamment décoré, contenait une foule nombreuse d'invités. M. Félix Voisin, président du conseil de surveillance de l'Assistance publique, et M. le professeur Charcot ont successivement rendu hommage à la vie de dévouement de Mlle Bottard. M. Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière et librettiste bien connu, a lu une pièce de vers adressée à Mlle Botard; M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, lui a offert un magnifique bronze au nom de tout le personnel de l'hospice; enfin, M. Peyron a lu une lettre de M. Demagny, chef de cabinet du ministre de l'intérieur, annonçant que M. Constans décernait une médaille d'or à Mlle Bottard.

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 janvier 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Wickham : Rapport sur la candidature de M. Jullien (membre titulaire). — 2. M. Chervin : A propos du bégayement hystérique. — 3. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Enfin, M. Koch a parlé. Il est vrai qu'il n'a pas dit grand'chose. Dans sa communication, assez confuse et peu compréhensible, il se contente de dire que son remède (il tient à ce mot, bien que le remède n'ait remédié à rien) est un extrait glycériné de cultures pures de bacilles tuberculeux. Mais de la manière de le préparer, pas un mot, sauf la quantité de glycérine, 40 à 50 p. 100. Evidemment, les bactériologistes de profession trouvent que c'est un peu bref, comme description et comme indications. Les cliniciens, de leur côté, auraient désiré un peu plus de renseignements sur les premières expériences faites sur les cobayes, celles qui ont déterminé M. Koch à transporter les expériences de l'animal à l'homme. Bref, beaucoup de mots pour rien.

En lisant cette communication, dans laquelle il est à peine fait allusion aux résultats contradictoires obtenus par de nombreux observateurs depuis le début des expériences sur l'homme, en particulier de M. Virchow, — et dans laquelle M. Koch maintient pour son remède toutes ses prétentions thérapeutiques de la première heure, — on est tenté de croire que ce document a été rédigé il y a déjà longtemps, et que c'est probablement celui que le gouvernement prussien a interdit à son auteur de publier. Mais rien n'empêchait M. Koch de le modifier et d'en faire un document plus scientifique. En effet, sauf une vingtaine de lignes au commencement et une note à la fin, tout aurait pu être écrit de la même façon il y a deux mois.

Le seul point important à relever, c'est que M. Koch a utilisé, pour les recherches de son remède, les idées scientifiques dont les bactériologistes de profession rapportent tout l'honneur à M. Pasteur. M. Koch oublie de mentionner ce détail. — L.-H. P.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. Verneuil.

De la lymphe du professeur Robert Koch dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales (1).

En supposant que M. Koch argue de la matière première (c'est-à-dire le tubercule) avec laquelle il dit fabriquer sa lymphe, que celle-ci est de la famille des vaccins, elle en constituerait pour le moins un genre tout particulier dont la virulence, loin d'être atténuée, serait singulièrement accrue.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

De sorte que, si on devait absolument subir une inoculation, il vaudrait mieux recevoir le virus tuberculeux lui-même que son prétendu remède. L'assertion de M. Koch a d'autant plus besoin d'être confirmée, que nous avons vu, dans le laboratoire de M. le professeur Ch. Richet, des inoculations avec des cultures authentiques de tubercules qui, paraissant fort utiles, ont de plus l'avantage de ne causer aucun accident, pas même une légère élévation de la température.

Mais, diront les opiniâtres, le danger d'une exploration n'est pas un motif suffisant pour la proscrire à tout jamais; chaque jour on emploie, pour établir un diagnostic précis : la chloroformisation, le cathétérisme de l'urèthre, de la vessie, de l'œsophage, de l'utérus, les ponctions capillaires, voire la laparotomie, sans ignorer que plus d'une fois ces manœuvres ont entraîné la mort; pourquoi donc reculer quand il s'agit de reconnaître sûrement la tuberculose?

L'objection n'est pas sans réplique. J'accorde qu'il est des cas où les indications et les contre-indications, ainsi que le choix même des meilleurs moyens thérapeutiques sont étroitement subordonnés à la rigoureuse exactitude du diagnostic; alors on affronte le péril de l'exploration, péril qu'on connaît d'ailleurs, qu'on prévoit, et dont on peut aussi diminuer beaucoup les chances en prenant quelques précautions faciles.

Mais il en est bien rarement ainsi pour les tuberculoses chirurgicales, qu'on reconnaît sans peine au moins 90 fois sur 100 à l'aide des seules ressources de l'examen clinique et bactériologique bien conduit. Si on trouvait cette proportion trop favorable, j'invoquerais le relevé que j'ai fait faire récemment dans mon service. Du 15 décembre jusqu'à ce jour, 27 malades atteints d'affections tuberculeuses ont été admis dans mes salles; 24 fois, un diagnostic précis et complet a été rapidement porté.

Deux cas seulement m'ont embarrassé, mais je n'ai point songé un seul instant à utiliser l'action révélatrice de la lymphe, parce que, si elle eût élucidé la question de nature et de siège, elle n'eût en rien servi à la thérapeutique; au contraire, elle eût pu en compromettre le succès. Je vous rappellerai ces cas, que vous avez pu suivre et étudier avec moi.

Dans le premier, il s'agissait d'un malheureux phthisique assez avancé qui accusait, du côté gauche, des douleurs violentes spontanées et provoquées par le moindre mouvement, au niveau des dernières vertèbres lombaires, de la fosse iliaque, du triangle de Scarpa et dans tout le membre inférieur, comme s'il s'agissait d'une sciatique suraiguë. Point de gibbosité, point de collection purulente dans la fosse iliaque, ni dans le triangle de Scarpa. Rien dans l'articulation coxo-fémorale. Je crus que nous avions affaire à une tuberculose vertébrale siégeant sur la face latérale du rachis et comprenant, dans les trous de conjugaison ou à leur sortie, les branches du plexus lombo-sacré. J'aurai voulu, sans doute, être plus catégorique, mais en somme et provisoirement ce dernier diagnostic suffisait, car il n'y avait aucune indication opératoire à remplir, et la seule mesure à prendre était l'immobilisation du patient dans la gouttière de Bonnet et l'utilisation d'un traitement interne approprié, dirigé contre l'élément douleur aussi bien que contre la diathèse.

A quoi, en semblable occurence, l'inoculation de la lymphe (son infaillibilité admise) aurait-elle pu servir? Si elle eût amené une réaction locale plus ou moins vive dans les foyers tuberculeux occupant la cavité rachidienne et englobant les gros nerfs à leur sortie, j'entrevois ce que le patient

aurait pu y perdre, sans deviner ce qu'il aurait pu y gagner; et si la réaction susdite avait manqué, on aurait dû penser à une névrite simple qu'on rencontre chez les phthisiques, mais le traitement n'en aurait guère bénéficié.

Les mêmes considérations s'appliquent à un cas fort intéressant qui date de l'an dernier. Un homme d'une trentaine d'années, maigre, chétif, atteint depuis plusieurs semaines d'otite moyenne, entra dans mon service pour des accidents cérébraux très obscurs, dont je ne pouvais trouver ni le point de départ, ni le siège, et qui ne se rapportaient à aucune des affections classiques de l'encéphale. La fièvre, très irrégulière et assez vive, me fit penser naturellement à une méningite tuberculeuse, mais elle céda au sulfate de quinine. Les symptômes persistants, je priai M. le docteur Chantemesse, qui a fait de si consciencieuses recherches sur la méningite tuberculeuse des adultes, de me donner son avis. Après examen prolongé et répété deux fois, il ne put se prononcer. Comme j'avais entrevu également la possibilité d'une lésion syphilitique et que, d'ailleurs, il n'y avait là encore aucune indication chirurgicale, je prescrivis le traitement mixte, qui amena la guérison en quelques semaines.

Inutile de dire que je n'aurais pas songé une minute à utiliser, chez cet homme, l'action révélatrice de la lymphe.

Tout récemment, vous m'avez vu, chez un sujet atteint d'une affection du rein droit, hésiter beaucoup entre une pyélite calculeuse et une tuberculose rénale. Un de mes meilleurs élèves, très au courant de cette pathologie, ne se prononça pas davantage. Tout ce que nous savions, c'est que la lésion était grave et qu'il fallait, de toute nécessité, agir chirurgicalement sur l'organe malade. Nous espérions aussi qu'un seul rein était compromis. Dans cette occurence et malgré l'imperfection du diagnostic, relativement à la nature du mal, nous prîmes jour pour faire la néphrectomie ou la néphrotomie suivant ce que nous aurions constaté après avoir mis le rein à découvert. Pas plus que dans le cas précédent, nous ne songeâmes à injecter la lymphe de M. Koch, laquelle cependant était alors à l'apogée de sa gloire éphémère, pour ces diverses raisons : que le patient était apyrétique et qu'il nous eût paru souverainement imprudent de lui donner une température de 40 degrès; — que le rein malade, quoique gros, était assez mobile pour permettre une énucléation facile et qu'un processus inflammatoire intense, augmentant le volume et créant des adhérences, aurait accru les difficultés opératoires; — qu'enfin nous pensions qu'un seul rein était affecté, mais qu'au cas où l'autre eût été également atteint, même légèrement, une attaque de néphrite double aurait pu faire naître les accidents formidables et foudroyants de l'anurie ou de l'urémie.

A côté de ces diagnostics indécis, je puis vous rappeler un dernier fait où je n'ai ni reconnu ni même soupçonné la nature tuberculeuse d'une collection liquide du ventre. La malade, grande jeune femme de bonne constitution, avait toujours joui d'une santé satisfaisante jusqu'au moment où elle avait remarqué l'existence de la tumeur. Celle-ci avait pris, depuis quelques semaines, un accroissement remarquable et causait de vives douleurs sans provoquer toutefois de réaction fébrile ni d'accidents généraux inquiétants. Toutefois, il fallait certainement intervenir. Je ne rappellerai pas les caractères de la tumeur, me contentant de dire que le diagnostic du siège et de la nature était fort incertain. Quatre hypothèses étaient soutenables : kyste de l'ovaire, kyste para-ovarien, hématocèle, salpingite.

J'ai dit que l'opération s'imposait. La tumeur fut donc mise à nu et ponctionnée avec le gros trocart. Formée par la trompe extrêmement dilatée, elle était remplie d'un liquide tout à fait comparable à celui des abcès ossifluents et qui, par l'inoculation, fut reconnu de nature tuberculeuse. Cette erreur, ou plutôt cette imperfection du diagnostic, ne m'a pas causé de remords. J'aurais pu éviter la faute à l'aide d'une ponction exploratrice, mais je ne la jugeai pas nécessaire.

Au reste, si j'avais songé à une salpingite tuberculeuse, je me serais bien gardé d'encourir, par le fait d'une inoculation exploratrice, les risques d'une poussée inflammatoire faisant rapidement augmenter le volume de la collection et pouvant conduire à la rupture de la poche.

J'avouerai, sans trop en rougir, que j'ai sur la conscience quelques autres méprises de ce genre; notamment, dans ces dernières années, je me suis trompé quatre fois sur la nature de tumeurs du sein, de l'aisselle et du cou, prenant trois fois pour des néoplasmes des foyers tuberculeux enkystés ou ganglionnaires et une fois pour des tubercules mammaires une réunion dans une même mamelle de plusieurs tumeurs adénoïdes. (Deux de ces faits sont publiés.)

Mais, eussé-je eu à cette époque la lymphe à ma disposition, que je ne m'en serais pas servi, parce que ses enseignements positifs ou négatifs n'auraient rien changé à ma ligne de conduite.

Ces exemples démontrent suffisamment, je crois, que, dans les cas obscurs où les réactions de la lymphe pourraient révéler sûrement la nature inconnue ou méconnue du mal, elles ne devraient point être volontairement provoquées, parce qu'elles ne serviraient en rien la thérapeutique et pourraient rendre les actes chirurgicaux nécessaires plus laborieux, plus dangereux et moins efficaces.

Plus j'y réfléchis et plus je m'étonne de la valeur exagérée qu'on a attribuée à l'action révélatrice de la *kochine* et de l'aisance avec laquelle on a accepté ses inconvénients et ses dangers. En vérité, il semblerait que, à l'heure présente, le diagnostic de la tuberculose est d'une grande difficulté. Je ne veux pas m'engager sur le terrain de la pathologie interne, mais, si j'en juge par ce que je vois faire à mes éminents collègues les médecins des hôpitaux et même à un bon nombre de praticiens de la ville, j'affirme que les erreurs et même les incertitudes ne sont ni fréquentes, ni prolongées.

J'ose dire qu'il en est de même pour la tuberculose chirurgicale, et, sur ce point, j'en appelle hardiment à votre témoignage. Vous attesterez certainement que, dans l'immense majorité des cas, nous portons un diagnostic très précis ou au moins très suffisant. Vous ajouterez que nous y parvenons à l'aide de moyens variés : Interrogatoire minutieux; recherche attentive des antécédents et des stigmates morbides; explorations manuelles et instrumentales; appel aux examens microscopiques et aux manipulations bactériologiques; inoculations et isolement du bacille, etc. Le tout constituant un ensemble d'actes qui sont, remarquez-le bien, à la portée de tout le monde, et surtout d'une *innocuité absolue*. Sans doute, ils ne suffiront pas toujours à dissiper les obscurités, et le diagnostic restera douteux ; eh bien, il faudra en prendre votre parti et ne pas vous engager dans des voies dangereuses pour vous éclairer davantage. Vous savez en quel honneur je tiens l'art précieux et difficile du diagnostic, vous voyez les efforts incessants que je fais pour vous l'apprendre. Dès lors, je suis en droit de vous

rappeler que, tout désireux qu'on soit de l'acquérir, il est des bornes qu'il ne faut jamais franchir et que parfois même il ne faut pas atteindre. Ici, comme ailleurs, le *primum non nocere* doit rester la règle absolue de votre pratique.

Pour bien vous faire comprendre ma pensée, je terminerai par le récit d'un fait très significatif :

Un jeune homme était atteint d'une épididymite tuberculeuse unilatérale; l'autre côté paraissant indemne, on inocule la lymphe. Une réaction inflammatoire vive apparaît dans les bourses, les envahissant dans leur totalité.

Elle se dissipe, mais alors on constate non seulement l'augmentation considérable des nodosités du côté primitivement malade, mais l'apparition d'autres nodosités dans l'épididyme jusqu'alors réputé sain. Le jeune médecin, très distingué et très humain pourtant, qui me racontait cette histoire, était en admiration naïve devant ces effets de la lymphe, qui venait de démasquer ainsi cette tuberculose latente, sans songer aux conséquences que pouvait avoir pour le patient cette exaltation de son mal. Au moment où j'essayais de prouver à mon collègue que la précision du diagnostic avait été achetée beaucoup trop cher, un autre médecin de mes meilleurs amis, fort éminent et très bon pour ses malades, en conclut (à coup sûr sans penser à mal) qu'on en serait quitte pour enlever les deux testicules au lieu d'un seul! Je crois que, si on avait consulté le patient, il aurait beaucoup mieux aimé conserver son testicule que de savoir pertinemment qu'il était envahi par quelques rares bacilles!

CONCLUSIONS

1° L'action révélatrice de la kochine, incertaine, irrégulière, n'a qu'une valeur diagnostique très relative;

2° Quand elle s'exerce, c'est en aggravant les lésions locales préexistantes à la manière de diverses maladies infectieuses agissant sur les lieux de moindre résistance;

3° Cette aggravation, dont l'intensité ne saurait être prévue à l'avance, peut avoir des conséquences funestes et aller jusqu'à la mort inclusivement;

4° L'action révélatrice, considérée comme moyen d'exploration, ne saurait, en raison des dangers qu'elle entraîne, être conservée que si elle était indispensable, ce qui n'est point;

5° Dans l'immense majorité des cas, elle est tout à fait inutile pour le diagnostic, qu'on porte aisément avec les ressources actuelles de l'examen clinique aidé des études bactériologiques;

6° Dans les cas rares où ces agents d'information étant impuissants, l'action révélatrice pourrait éclairer le diagnostic, il vaudrait mieux s'abstenir, le péril et l'incertitude n'étant pas contrebalancés par les avantages;

7° Un diagnostic incomplet, en pareille occurrence, vaut mieux pour le malade qu'un diagnostic précis, qui ne fournit à la thérapeutique ni indication nette, ni secours efficace.

REVUE DES CLINIQUES

Du rôle de l'émotion morale dans la pathogénie des maladies du système nerveux, par M. le professeur Peter (1). — Messieurs, je désire attirer votre attention sur le rôle

(1) *Journal de médecine de Paris*, 1891, 1.

pathogène des émotions morales, rôle certain et important. L'individu qui éprouve un chagrin d'une certaine intensité n'est plus dans les conditions physiologiques normales : ses sécrétions s'effectuent mal, son appétit se trouble, il n'assimile plus convenablement et son sang ne reçoit plus, en quantité nécessaire, les éléments de réfection des tissus : « Il se fait du mauvais sang », comme on dit vulgairement. Le chagrin peut provoquer des lésions extrêmement graves : Napoléon, ayant perdu son trône, est atteint d'un cancer de l'estomac; son père avait eu, il est vrai, la même maladie, mais celle-ci n'en avait pas moins trouvé dans le chagrin un motif d'éclosion. Ce n'est, d'ailleurs, pas sur les déterminations compliquées de l'émotion morale sur l'appareil gastrique que je veux vous parler aujourd'hui ; je veux vous entretenir d'une action bien plus directe, de l'action des émotions morales sur le système nerveux cérébro-spinal.

Les émotions morales ayant pour organe de réception et de perception les nerfs et les centres nerveux, on conçoit relativement sans peine leur influence sur la production des maladies de ces organes. Il n'y en a pas moins un fait très intéressant dans cette transformation des phénomènes psychiques et immatériels en des troubles physiques et matériels et même en des lésions persistantes. Deux malades me serviront d'exemple à ce sujet : le n° 1 de la salle des hommes et le n° 16 de la salle des femmes.

Le n° 1 est un homme âgé de 30 ans, issu d'une famille dans une situation sociale et pécuniaire bien au-dessus de la moyenne ordinaire des habitués d'hôpital. Un oncle, fort riche, l'a déshérité. Cet événement, qui est arrivé il y a deux mois, lui a causé une émotion très profonde, qui s'est immédiatement manifestée par des symptômes physiques : il s'est mis à trembler de la main droite, au point de ne pouvoir écrire. Quelques jours après, il est tombé sans connaissance, une première fois, puis une seconde peu de temps après; c'est à la suite de cette seconde attaque qu'il a été amené à l'hôpital.

Il était pâle, les yeux hagards, les paroles délirantes. Depuis ce temps, il présente une hémiparésie des muscles de la face du côté droit; ses doigts sont animés de mouvements involontaires et maintenus dans une extension forcée qui pourrait produire des subluxations. Les mouvements volontaires effectués par le bras droit sont semblables à ceux d'un choréique; ses orteils sont dans la flexion forcée. Nous lui disons de se lever, aussitôt son bras droit se met en flexion avec projection en arrière, il manque de tomber du côté droit (commencement d'hémiplégie), il marche un peu à la manière des ataxiques.

Ainsi donc, en résumé, ce malade présente de l'hémiathétose, de l'hémichorée et de l'hémiataxie.

Il faut attribuer ces troubles à des lésions du faisceau pyramidal qui, comme vous le savez, partant du bulbe, traverse la capsule interne et va s'épanouir en rayonnant à la surface des circonvolutions cérébrales.

Le malade a la parole difficile et embarrassée; d'une part, l'idéation chez lui se fait lentement et, de l'autre, il y a des troubles fonctionnels de la langue et des lèvres. Il parle comme un paralytique général.

Il faut penser que le chagrin, l'émotion violente qu'il a ressentie, et qui a été perçue par les circonvolutions cérébrales, a effectué une migration vers les éléments plus inférieurs du faisceau pyramidal, descendant depuis les cellules nerveuses jusqu'au bulbe lui-même. De cette manière, on peut s'expliquer les phénomènes de déséquilibration (trouble bulbaire), de tremblement de la langue et des lèvres. L'hémiathétose et l'hémichorée sont symptomatiques de lésions matérielles, soit de la capsule interne, soit du bulbe, soit du faisceau pyramidal.

Il est probable que l'émotion a déterminé une hyperhémie des cellules cérébrales, qui a persisté comme l'émotion elle-même, et ce chagrin persistant a de la sorte engendré une véritable phlegmasie, ébauche d'une périméningo-encéphalite diffuse, expliquant les troubles de l'intelligence.

J'ajoute que cet homme n'a pas seulement éprouvé un grand chagrin, il s'est encore soumis à de grandes privations pour pouvoir subvenir, avec le peu d'argent qu'il avait, à l'entretien d'une femme dont il avait fait sa compagne.

Comment devons-nous comprendre cette lésion? S'agit-il de troubles circulatoires?

Le malade présente certainement des troubles circulatoires. Il est atteint d'athérome,

manifesté sur le tracé sphygmographique (plateau). Cette fragilité des vaisseaux a dû permettre des ruptures et des hémorrhagies à la suite de l'hyperémie persistante déterminée par le chagrin.

En pressant au niveau des apophyses des deuxième et troisième vertèbres cervicales, on détermine de la douleur : il est probable qu'à ce niveau existe dans la moelle un foyer hémorrhagique. L'hémiathétose peut être attribuée à un petit foyer de ce genre. Il a dû se faire chez ce malade de tout petits foyers miliaires d'hémorrhagie, et cela expliquerait comment l'hémiathétose est tantôt antérieure, et tantôt postérieure à la paralysie.

Le malade présente aussi une légère amnésie verbale, portant sur les noms abstraits.

Enfin, on entend à la région précordiale du bruit de galop, la systole du ventricule gauche retardant sur celle du ventricule droit, par suite de l'altération athéromateuse de l'aorte qui oppose de la résistance à l'afflux sanguin.

Traitement. — Je traite ce malade par l'iodure de potassium et la révulsion locale. L'iodure de potassium est un très bon médicament dans l'aortite aiguë et dans les phlegmasies. La révulsion, à tort abandonnée aujourd'hui, peut donner de bons résultats même dans ces maladies presque incurables. Comme moyens révulsifs, j'emploie d'abord les vésicatoires, puis les pointes de feu, et en dernier lieu le séton.

— Je passe maintenant au n° 16 de la salle des femmes. C'est une femme qui un jour a éprouvé une grande frayeur en trouvant un homme caché dans sa chambre. Elle a senti une violente céphalalgie (congestion des méninges), elle a saigné du nez (congestion de la carotide, qui irrigue la pituitaire).

La céphalalgie a persisté. De proche en proche, les méninges, le bulbe et la moelle entière ont été lésés. Il y a de la contracture, le plexus brachial est douloureux à la pression, ansi que le rachis. Bientôt s'est établie une paralysie absolue, la malade ne peut pas détacher le talon du lit de plus d'un centimètre.

Sans doute cette femme est une « émotive »; elle est de plus hystérique. Mais s'ensuit-il de là que sa maladie soit *sine materia?* Nullement, sa paraplégie n'est pas une paraplégie hystérique, c'est une paraplégie mixte. Et les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels; l'on voit des malades encore affectés de troubles matériels plus de vingt ans après l'émotion qui a déterminé l'état morbide.

Plusieurs caractères permettent de distinguer la paraplégie de cette malade des paraplégies hystériques. Dans la paraplégie hystérique il y a anesthésie, tandis que la malade présente de l'hyperesthésie ; dans la paraplégie hystérique il y a du ballonnement du ventre, et celui-ci fait défaut chez notre malade.

Ce diagnostic différentiel est surtout important au point de vue social et humanitaire, car il s'agit là de lésions sérieuses. Cette femme, outre son hystérie, a des lésions matérielles organiques.

On me l'avait donnée comme une méningitique. J'ai fait appliquer des ventouses scarifiées à la nuque, et les troubles cérébraux ont disparu; j'ai fait mettre des vésicatoires tout le long du rachis, et la paralysie a disparu. Enfin, j'ai fait mettre de grands vésicatoires en bandelettes, puis quatre cautères, deux à la région interscapulaire et deux à la région dorsale, et la douleur des membres inférieurs s'est amendée.

La maladie de cette femme est une maladie mixte, demi-inflammatoire et demi-nerveuse, c'est une infirmité définitive.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1891. — Présidence de M. Leudet.

A l'ouverture de la séance, le Secrétaire général donne lecture de la lettre suivante, adressée à la Société par M. Abadie, président sortant, actuellement en voyage :

« Mes chers collègues,

« En quittant le fauteuil de la présidence, j'ai le devoir de vous remercier du grand

honneur que vous m'avez fait et de la grande bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner.

« Pour moi, qui me suis adonné à l'étude exclusive de l'ophthalmologie, ce sera un des meilleurs souvenirs de ma carrière d'avoir recueilli vos suffrages et d'avoir été appelé à vous présider.

« Vous avez voulu montrer ainsi que l'art de guérir est un, de quelque nom qu'il s'appelle, et que toutes les branches de la médecine se confondent dans un but suprême : soulager les souffrances humaines.

« Je souhaite en votre nom la bienvenue à notre nouveau président, et je lui cède cette place, qu'il est si digne d'occuper à tous égards. »

Après cette lecture, M. Leudet prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

En m'appelant au fauteuil de la présidence, vous m'avez donné un gage de confiance et d'estime, qui me touche profondément. Pour être digne de l'honneur que vous m'avez fait, je n'aurai qu'à méditer les exemples d'impartialité, de courtoisie et de bienveillance mutuelle, qui sont la tradition dans notre compagnie.

Voici près d'un siècle que nous existons en tant que Société savante, et la double force qui nous a créés ne s'éteindra pas de si tôt : je parle de notre activité scientifique et de la solidarité morale qui nous lie. Il est possible qu'en ce moment même, en présence des nouvelles doctrines biologiques qui révolutionnent la médecine, nous subissions comme un temps d'arrêt dans la production de nos travaux, dans la marche de nos débats. Pourquoi s'en étonner? Il en est des collectivités humaines comme des individus; le repos et le recueillement leur sont nécessaires, et je ne vois pas pourquoi le premier et le plus grand des poètes aurait seul le privilège de dormir quelquefois. Quant à notre solidarité morale, elle est aussi vive, aussi étroite que jamais; elle est aujourd'hui ce qu'elle était hier et ce qu'elle sera demain.

Cette solidarité, Messieurs, est l'égide et la force de notre Association. Elle nous crée un honneur impersonnel, qui est le bien de tous, et que personne ne voudrait ternir. On respecte souvent plus sa cocarde que soi-même.

Gardons donc notre foi dans la prospérité croissante de notre vieille et glorieuse Société. Fiers de l'éclat du passé, préparons l'avenir, et appelons à nous les jeunes confrères avides de savoir et soucieux de leurs devoirs professionnels. Ils trouveront ici, avec une ample moisson d'idées et de faits, la meilleure et la plus salutaire des confraternités.

Pour mon année de présidence, je ne vous demande ni votre sympathie, ni votre indulgence, par la raison toute simple que, si je ne les avais pas, je ne serais pas à cette place; mais je vous demande d'unir nos efforts pour que notre chère Société poursuive longtemps encore la carrière d'honneur et de prospérité qu'elle a déjà parcourue.

Permettez-moi de me faire l'interprète de vos sentiments, en vous proposant de voter des remerciements au président sortant, à notre distingué collègue, M. Abadie.

Je prie M. Dubuc de prendre place au fauteuil de la vice-présidence. (Applaudissements.)

Le bureau constitué, M. Trousseau, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Wickham, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine; — un mémoire imprimé du docteur Moncorvo : *Le salol dans le traitement de la diarrhée maremmatique.*

— M. Le Président : Messieurs, j'ai une douloureuse nouvelle à vous annoncer. Depuis notre dernière réunion, nous avons perdu un de nos membres les plus éminents et les plus vénérés.

M. Baillarger nous appartenait depuis près d'un demi-siècle; sa nomination date de 1842. Dès le premier jour, il fut assidu à nos séances, et y fit de nombreuses communi-

cations. Dévoué à notre compagnie, soucieux de ses intérêts, jaloux de sa dignité, il ne cessa jamais de prendre une part active à tous nos travaux. Après avoir été notre président, il voulut conserver, et il conserva, jusqu'à la fin de sa vie, le titre de membre titulaire. Il estimait que de tous les liens, qui pouvaient le rattacher à nous, le meilleur était celui qui en créant des devoirs permet de rendre des services.

Ce n'est pas l'heure de juger l'œuvre de notre regretté collègue, votre secrétaire général se charge de ce soin; il s'en acquittera avec compétence et autorité. Qu'il me suffise de dire que M. Baillarger fut un maître en médecine mentale, et qu'à la science du savant il sut allier l'art du clinicien.

La Société de médecine de Paris n'oubliera pas le nom de Baillarger; ce nom reste gravé sur son livre d'or.

Au nom de tous j'adresse un dernier et douloureux adieu au maître, au collègue, à l'ami.

— M. Christian lit le compte rendu des travaux de la Société pendant les années 1889 et 1890. (Sera imprimé et distribué.)

Remarques sur 500 cas de rétrécissement de l'urèthre. — M. Desnos : Depuis l'année 1881 jusqu'au mois de juillet 1890, j'ai eu à traiter 500 rétrécissements de l'urèthre, auxquels j'ai appliqué quatre méthodes de traitement qui m'ont donné les résultats suivants :

Dilatation lente progressive	387	Mort	1
Uréthrotomie interne	78	—	0
Uréthrotomie externe	3	—	1
Electrolyse	32	—	0

Je laisserai de côté pour aujourd'hui ces derniers cas contre lesquels j'ai employé différents procédés d'électrolyse, en disant toutefois que les résultats ainsi obtenus ont été inférieurs à ceux que m'ont donnés les autres méthodes.

La dilatation progressive exige une douceur et une lenteur extrêmes dans les manœuvres. Il faut se résigner à n'avancer que lentement, à gagner un ou deux numéros par séance. Les précautions antiseptiques ne sont pas suffisantes; il faut une asepsie rigoureuse et la stérilisation des sondes de gomme ou de métal met d'une manière presque absolue à l'abri des accidents. Autrefois, j'observais les phénomènes fébriles dans la proportion de 12 p. 100; depuis que mes sondes sont stérilisées, cette proportion est tombée à 2 p. 100. Les accidents relevés à la suite de la dilatation sont ordinairement bénins et consistent en accès de fièvre, ou en une recrudescence légère d'une cystite ou d'une prostatite. Le malade qui a succombé était un vieillard de 75 ans qui, après la troisième séance, fut pris d'un frisson suivi des symptômes d'une intoxication urinaire aiguë. La durée du traitement, longue, est comprise entre dix jours et trois mois. Chez la plupart des malades qui ont continué à se sonder, le canal a conservé un calibre 18 à 20; mais la récidive est la règle; très souvent même le rétrécissement augmente de dureté et de résistance, et au bout d'un certain temps il faut recourir à une méthode sanglante.

L'uréthrotomie externe n'a été employée qu'en cas de nécessité absolue, chez trois malades. Le premier avait subi l'uréthrotomie interne un an auparavant, mais ne s'était jamais sondé depuis et avait récidivé; des fistules périnéales ne s'étaient pas fermées; c'est contre ces dernières que fut surtout dirigée l'uréthrotomie externe, sans meilleur résultat d'ailleurs. Dans le second cas, il s'agissait d'un rétrécissement traumatique, irrégulier, non perméable au conducteur métallique. Enfin, le troisième malade avait un calcul enclavé derrière un rétrécissement peu étroit, et était déjà en pleine intoxication quand il réclama des soins; il succomba quatre jours après l'opération.

J'ai pratiqué l'uréthrotomie interne 2 fois seulement avec l'uréthrotome de Civiale et 76 fois avec celui de Maisonneuve. Quand on se sert de ce dernier instrument, les deux points essentiels sont l'emploi d'une *petite lame* et d'une *petite sonde*. Une lame n° 23 est un maximum et une sonde à bout coupé, n° 15 ou 16, suffit dans tous les cas. Les résultats ne sont pas moins bons avec une section peu profonde, car la partie du rétrécissement la plus résistante est celle qui regarde la lumière du canal; celle-ci sectionnée, les lèvres

de la plaie s'écartent. La sonde à demeure n'est donc pas indispensable et elle n'a d'autre but que de protéger la plaie contre le contact d'une urine septique. Quand on éprouve quelque difficulté à l'introduire, il ne faut pas insister et on laissera l'urine passer par le canal incisé.

Les accidents ont été très rares; deux fois seulement l'écoulement consécutif de sang a été d'une abondance notable; dans un cas, le malade avait retiré sa sonde et avait fait des manœuvres violentes pour la réintroduire. Les faits de septicémie sont également rares; ils n'ont été inquiétants que dans deux cas où la vessie était infectée; aussi, depuis ce temps, en pareil cas, je laisse toujours dans la vessie, avant de retirer la sonde, une certaine quantité d'une mixture iodoformée, en recommandant au malade de n'uriner que couché; de cette façon, l'iodoforme n'est éliminé que peu à peu. La mortalité a été nulle sur ces 78 opérés. Dans l'appréciation de ce résultat, il faut tenir compte de ce fait que les malades soumis à l'uréthrotomie sont ceux qui présentent des complications à un degré quelconque; ce sont, en somme, des cas plus ou moins mauvais, les rétrécissements simples étant traités par la dilatation progressive.

67 opérés ont été suivis à intervalles plus ou moins longs; 30 ont continué à se sonder régulièrement et ont conservé un calibre supérieur à 17; plusieurs même un n° 23 ou 24. Parmi les malades négligents, 15 n'avaient jamais introduit de bougies dans leur urèthre, 9 d'entre eux présentaient cependant un calibre à peu près normal; tous les autres, à l'exception de 3, sont restés dilatables.

En résumé, la dilatation lente progressive est la méthode qui s'applique au plus grand nombre de rétrécissements. Elle a l'avantage de permettre aux malades de ne point s'aliter et ne les expose qu'à des accidents rares et peu graves. Cependant, je crois qu'aujourd'hui ses indications peuvent être restreintes au profit de l'uréthrotomie interne. Sans doute, on doit employer la dilatation lente tant que la progression en est régulière et exempte de complications; mais lorsque celles-ci surviennent, je suis plus disposé qu'autrefois à l'abandonner de bonne heure pour pratiquer la section interne. C'est ainsi que l'apparition d'une cystite, d'une prostatite, d'accès de fièvre, de saignements, doit faire incliner vers l'uréthrotomie, sinon immédiatement, du moins dès que ces complications se prolongent ou acquièrent un degré quelque peu intense. Il en est de même de la récidive rapide après la dilatation et de la trop grande lenteur avec laquelle cède un rétrécissement. Les résultats définitifs de l'uréthrotomie interne sont assurément meilleurs et, au point de vue des conséquences immédiates, cette opération peut avantageusement soutenir la comparaison avec toute autre méthode de traitement.

M. Reliquet : Dans cette relation des rétrécissements de l'urèthre qu'il a soignés, M. Desnos donne une description des indications de l'uréthrotomie interne; des résultats immédiats de la section du rétrécissement faite avec l'instrument de Maisonneuve : de cette plaie losangique qui s'ajoute à la paroi de l'urèthre, au niveau du rétrécissement, et qui rétablit le calibre de ce canal; de la cicatrisation rapide de cette plaie due à l'usage de la sonde à demeure, laquelle doit être d'un calibre moyen (16 à 17); en tout cas, d'un diamètre tel qu'elle ne comprime pas les parois de l'urèthre par son volume. Tout cela, M. Desnos le dit, comme si c'était de lui. J'en suis enchanté, car je vois que tous ces faits que j'ai été le premier à discuter, à établir sur des observations, dans deux études importantes, ma thèse sur l'*uréthrotomie interne* en 1865 et mon *Traité des opérations des voies urinaires* (1er fascicule, 1868), sont maintenant parfaitement acceptés.

J'ai établi, en effet, que, toutes les fois que la dilatation temporaire progressive est arrêtée par une cause quelconque, il faut faire l'uréthrotomie interne. Mais cette dilatation temporaire doit être faite avec lenteur et douceur, et je ne comprends guère qu'elle puisse provoquer des accidents mortels.

Le faible diamètre de la sonde à demeure n'est pas suffisant (nos 16 à 17); il faut qu'elle soit très souple, qu'elle ne comprime pas l'urèthre aux sommets des courbures pour qu'elle soit bien supportée et que les liquides de l'urèthre, chassés par les contractions de ce canal, soient facilement expulsés autour de la sonde, au méat urinaire.

Quant aux hémorrhagies dont nous parle M. Desnos, je ne me les explique pas, si la

technique opératoire a été bien suivie, et si les précautions voulues pour faire supporter la sonde ont été bien prises. Depuis que Maisonneuve a définitivement adopté la lame dans la concavité et la grande courbure de Gély, qui s'inscrit si bien dans l'urèthre, pour son cathéter, je n'ai plus vu d'hémorrhagie, — il y a de cela vingt-huit ans, — après l'uréthrotomie interne. Je n'en ai donc jamais vu dans ma pratique.

Mais, avant, j'en ai vu. Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, je démontre comment, avant l'instrument de Maisonneuve, tel que je l'ai décrit, l'hémorrhagie était toujours possible, et même était presque la règle après l'uréthrotomie interne. M. Desnos a rappelé l'instrument de Reybart; avec celui-là, on coupait sur la paroi inférieure de l'urèthre jusqu'à la peau. De là hémorrhagies et suppuration consécutives. Mais, même avec l'instrument de Maisonneuve, ayant la lame sur la convexité et coupant sur la paroi inférieure de l'urèthre, il y avait souvent des hémorrhagies. Philipps a été un des derniers à se servir de cet instrument, et M. Dubuc se rappelle certainement avoir vu des hémorrhagies à la suite des opérations de Philipps. La lame étant dans la concavité, et le cathéter ayant sa grande courbure de Gély bien inscrite dans la courbure de l'urèthre, la lame ne peut couper ce dernier que là où ce canal est plus étroit qu'elle.

Si M. Desnos a eu des hémorrhagies, cela doit tenir à l'état général de ses malades. Il nous dit que l'un d'eux était alcoolique. Dans nos *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, 1885, je montre que les sujets alcooliques qui ont des affections troublant la miction, présentent toujours un état de congestion exagérée de la région profonde de l'urèthre et de la prostate. Il suffit souvent du contact d'une sonde en gomme contre les parois de l'urèthre dans ces points pour avoir une véritable perte de sang, même une hémorrhagie.

M. Desnos est partisan de la résection des tissus indurés du périnée qui entourent les fistules urinaires.

Messieurs, je crois que c'est là une mauvaise pratique. Les tissus du périnée ne sont point abondants. Limité par les sillons ischio-pubiens latéralement, et en arrière par l'anus, il y a bien en avant le scrotum. Mais, si près de l'anus les tissus ont été enlevés sous prétexte qu'ils étaient indurés et qu'il vous reste une peau avec cicatrice, tendue d'un ischion à l'autre, travarsée par des trajets fistuleux, il sera impossible ou très difficile d'obtenir l'oblitération des fistules.

J'ai observé cela sur des sujets qui avaient subi cette résection des tissus indurés fistuleux du périnée. Toujours, dans tous les cas, je commence par faire que l'urine n'entre plus dans les trajets fistuleux. Pour cela, je rétablis le calibre de l'urèthre, je mets ce canal dans les meilleures conditions pour supporter la sonde à demeure qui porte l'urine de la vessie à l'extérieur. Immédiatement, l'urine n'entrant plus dans les fistules, l'état inflammatoire des tissus indurés diminue; les indurations se ramollissent et peu de jours suffisent pour avoir une amélioration considérable. Les orifices des trajets fistuleux, d'où sort un pus plus épais (de bonne nature, comme on disait autrefois), ont une grande tendance à se fermer. Il faut les maintenir ouverts jusqu'à ce que le trajet soit cicatrisé du fond à la peau.

Lorsque les fistules sont vierges de toutes tentatives opératoires faites sur le périnée, qu'il n'y a pas eu d'incision profonde, en quelques jours, les fistules compliquant un rétrécissement de l'urèthre sont cicatrisées par ce moyen.

Il va sans dire qu'on fait, dans les trajets fistuleux, des injections antiseptiques et qu'on panse extérieurement avec les antiseptiques.

Lorsqu'il y a eu des tentatives opératoires sur le périnée, alors il y a les cicatrices des tissus qui viennent modifier les conditions des fistules, et, dans ce cas, elles sont plus longues à guérir, ou même nécessitent une intervention plus active, telle que l'uréthrotomie externe.

M. Dubuc : M. Desnos a insisté avec raison sur les procédés antiseptiques, et personne n'oserait les négliger aujourd'hui. Cependant, anciennement, avant l'antisepsie, on évitait les accidents quand l'opération était conduite avec soin et avec les précautions voulues : incision pas trop profonde, sonde pas trop volumineuse, instruments propres, etc. Tout ce que vient dire M. Desnos confirme ce que nous savions depuis longtemps.

La cocaïne ne paraît pas avoir réussi toujours à M. Desnos; il signale des accidents. Pour moi, qui l'emploie fréquemment, à la dose de 10 p. 100, je n'ai jamais observé aucun inconvénient. Il est vrai que je laisse tomber la solution de cocaïne goutte à goutte dans le canal, d'où elle sort librement aussitôt après.

M. Desnos : Je fais également l'instillation de la solution de cocaïne dans le canal, mais je l'y emprisonne quelques minutes, car autrement on n'obtient pas d'anesthésie.

— La séance est levée à six heures.

COURRIER

L'Union médicale publiera mardi prochain un Supplément de quatre pages.

— Par arrêté, en date du 16 janvier 1891, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Tisserant, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, en témoignage du dévouement exceptionnel dont ce médecin a fait preuve, comme médecin aide-major de première classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, lors d'une épidémie de fièvre pernicieuse qui a sévi en 1889-1890, à Maktar (Tunisie).

— M. le docteur Hobon est nommé médecin-adjoint du lycée d'Alençon, en remplacement de M. le docteur Bodé, décédé.

— M. le docteur Saint-Ange est nommé médecin du lycée de Toulouse, en remplacement de M. le docteur Ripoll.

— M. le docteur J.-V. Laborde commencera le cours d'anthropologie biologique, le mercredi 28 janvier à quatre heures, à l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera tous les mercredis à la même heure. Il traitera des fonctions intellectuelles et instinctives.

Legs pour la création d'une maison de retraite a Ville-d'Avray. — Mme Dominé de Vernez, veuve d'un magistrat, était possédée de la manie de la bâtisse. Bien plus, elle ne dédaignait pas à l'occasion de se mettre elle-même à la besogne. Mme Dominé de Vernez a légué à Ville-d'Avray trois immeubles d'une valeur de 80,000 francs dont deux sont aliénables afin de permettre d'établir dans le troisième une maison de retraite pour les vieillards de la commune. Voilà une maniaque comme il en faudrait beaucoup!

(*Progrès médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ancelet (de Vailly), Desprez (de Reims), Garrigat (de Bergerac), L. Gaston Le Telier et A.-J. Warmont (de Paris).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur Richelot, une brochure in-8o. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Clinique Baudeloque. — Professeur, M. Pinard.

Malformation utérine.

Fragment d'une leçon clinique rédigé par H. Stapfer.

Messieurs, je dois vous entretenir d'un fait bien rare, observé il y a peu de jours à la Clinique.

La veille de Noël au moment où je quittai l'hôpital, on vint me prévenir de la présence, à la salle d'accouchement, d'une femme entrée ici en travail, et chez laquelle l'enfant se présentait par le siège. Il était trop tard pour modifier cette présentation dont les inconvenients sont indiscutables, surtout chez une primipare, et cette parturiente était primipare. Je la laissai donc aux soins expérimentés du personnel, sachant bien que la surveillance ne ferait défaut à aucun instant, et je ne l'examinai même pas.

Dans le courant de l'après-midi, le répétiteur de service me fit savoir à une soutenance de thèse, que la dilatation ne progressait pas. Il me demandait s'il n'y aurait pas lieu d'employer le dilatateur à trois branches de M. Tarnier. Je l'autorisai à appliquer cet instrument; mais il y renonça, la dilatation ayant d'elle-même repris son cours, pendant que l'un des élèves du service venait me demander conseil. Vous voyez que cette femme, comme toutes nos femmes d'ailleurs, était l'objet de soins attentifs et d'une constante surveillance, exercée par les étudiants qui fréquentent assidûment nos salles sous la direction d'un personnel instruit, composé de nos moniteurs et de nos sages-femmes. On peut dire que la marche de l'accouchement était suivie pas à pas, en raison des dangers spéciaux que la présentation du siège, jointe à la primiparité, faisait courir à la femme.

Dans la soirée, on vint me prier de me rendre à la Clinique. Je demandai ce qui se passait; mais le personnel me faisait venir précisément parce qu'il était dérouté. Notez, je vous prie, que ce personnel compte plus d'un membre dont l'expérience ne date pas d'hier. Les plus anciens, les plus autorisés avaient tenu consultation, mais s'ils arrivaient à se mettre d'accord sur les faits, ils ne l'étaient pas sur leur interprétation et voilà pourquoi on avait recours à mes lumières. Le fait constaté par tous, plus ou moins tôt, plus ou moins tard, était la présence d'une ouverture admettant l'extrémité du doigt, située près de l'orifice où la région fœtale tendait à s'engager, et dont la dilatation égalait, en grandeur, la paume de la main. Cette ouverture contiguë à l'orifice utérin ressemblait, me dit-on, à une déchirure, et les uns la prenaient pour une rupture utérine sous-péritonéale, les autres pour le cratère d'un abcès péri-utérin qui aurait crevé à un moment indéterminé

avant l'entrée de la femme à la Clinique. Il faut savoir que la parturiente avait été examinée en ville, par une sage-femme qui avait été fort étonnée, en retirant le doigt du vagin, de le trouver enduit d'une matière blanche ressemblant à du pus.

C'est sur ces données extraordinaires, capables non de m'éclairer, mais seulement d'appeler mon attention sur l'étrangeté probable du cas, que je procédai à l'examen. A la vue, au moment des contractions, l'utérus prenait une forme spéciale qui frappa d'abord mon attention. Au lieu d'être évasé à sa partie supérieure et régulier, il était allongé et de forme irrégulière. Les précautions antiseptiques rigoureuses étant prises, je pratiquai le toucher digital. Remarquez la méthode suivie pour cette exploration. Je n'allai pas au hasard. En pénétrant, je sentis d'abord les membranes de l'œuf qui bombaient; mais sans m'y arrêter, je portai le doigt dans le cul-de-sac droit. De là, je le fis avancer de droite à gauche, examinant tout ce que la pulpe de l'index rencontrait. Ce fut d'abord le cul-de-sac vaginal droit; je n'y trouvai rien d'extraordinaire; puis un bourrelet constitué par la lèvre droite de l'orifice, puis l'orifice large comme la paume de la main au travers duquel bombait la poche des eaux au moment de la contraction, puis un autre bourrelet constitué par la lèvre gauche de l'orifice, puis un petit cul-de-sac, puis un bourrelet peu saillant ou plutôt une languette charnue aplatie, et enfin un dernier cul-de-sac qui était bien le cul-de-sac gauche du vagin, car en poussant le doigt je me heurtais contre une paroi. Je revins alors au cul-de-sac précédent, et je constatai que mon doigt y pénétrait en traversant un orifice dont l'une des lèvres, la lèvre droite, formait bourrelet, et dont l'autre était aplatie. Si haut que je poussai mon doigt, nulle résistance ne l'arrêta. Cet orifice conduisait dans une cavité ne contenant autre chose que d'épaisses mucosités blanchâtres puriformes. S'agissait-il d'une malformation utérine ou d'un abcès, je n'aurais pu le dire à ce moment. Quoique l'état général de cette femme fut mauvais, je ne m'arrêtais pas volontiers à l'idée d'un abcès, car cet abcès pelvien, certainement antérieur à l'accouchement, se serait manifesté par des symptômes qui n'avaient pas existé. Je me ralliai plus volontiers à l'idée de malformation; mais le toucher manuel pouvait seul me permettre de trancher la question. Je résolus de le pratiquer et de faire simultanément l'extraction de l'enfant, extraction qui présentait tout avantage, quoique la dilatation ne fût pas tout à fait complète, l'enfant ayant toute sa vitalité et par conséquent courant moins de danger.

Ayant introduit la main tout entière dans le vagin, je rompis les membranes tellement résistantes que je fus obligé de me servir d'un instrument *ad hoc*. J'arrivai sur la région fœtale. On ne peut dire que cette région fût le siège, ou du moins le siège s'offrant suivant l'un de ses modes classiques. La présentation était irrégulière et cette irrégularité était causée par la malformation utérine. Je me trouvai, en effet, très certainement en présence d'une malformation de la matrice. Cet organe était cloisonné. Je m'en assurai en introduisant simultanément deux doigts dans les deux orifices. Ces deux doigts étaient séparés par une cloison, et cette cloison n'était pas formée par les membranes de l'œuf, mais par du tissu musculaire. Elle remontait dans l'utérus jusqu'à une hauteur que je ne pus atteindre, et vous verrez tout à l'heure quelle surprise m'était réservée quand je pus explorer la totalité de l'organe.

Pour le moment, j'avais à m'occuper de l'enfant. Je saisis un pied, un

seul. J'aurais pu saisir les deux; mais l'orifice n'étant pas complètement dilaté, je pensai, à l'instar de très vieux maîtres, qu'il y avait avantage à laisser un membre inférieur relevé pour que le siège, plus volumineux, agrandît davantage l'orifice. L'extraction fut très lente. J'appelle votre attention sur ce point. Extraction du siège, du tronc, des épaules, de la tête même. Je n'avais aucune raison de me presser, car l'enfant ne souffrait plus. J'avais tout avantage à procéder avec lenteur. En allant vite, j'aurais pu défléchir quelque membre, créer des difficultés qui eussent exposé l'enfant, ou rompre le périnée. Bref, le fœtus fut extrait vivant et bien portant.

Restait la délivrance, qui, — dans une malformation utérine, — ne doit jamais être confiée à la nature. C'est une règle obstétricale dont le praticien ne doit pas s'écarter. Donc, je réintroduisis la main, et je fis sans peine l'extraction de l'arrière-faix. Curieux d'achever l'exploration utérine et de compléter les notions déjà acquises, je fis pénétrer la main dans l'ouverture contiguë au véritable orifice et je constatai avec étonnement que la cloison cessait à 14 ou 15 centimètres, pour reprendre plus haut sous la forme d'un éperon saillant d'une longueur moitié moindre, autant que je pus juger, ces évaluations étant toujours approximatives. Donc, une large communication existait entre les deux cavités adossées. Les membranes ne pénétraient pas dans la cavité surnuméraire. Je saisis avec les doigts pliés en crochet la cloison et, l'attirant au dehors, je pus la montrer à l'orifice vulvaire aux assistants. A vous qui n'avez pas été témoins de l'accouchement, je ne pourrai vous montrer, chez cette femme qui nous quittera prochainement, que les deux orifices et le bourrelet qui les sépare, extrémité inférieure de la cloison que j'ai fait voir aux répétiteurs et élèves de service le jour de l'opération. Nous pouvons dire que nous avons vu un phénomène tout à fait exceptionnel, celui d'un utérus cloisonné, septus, bipartitus à cloison incomplète, offrant cette singularité peut-être unique d'être incomplète à sa partie médiane et de constituer un vrai diaphragme longitudinal perforé.

Phthisie pulmonaire et bacille tuberculeux.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 décembre 1890

Par le docteur Leudet.

La phthisie pulmonaire n'est plus la maladie ultime de Pidoux, qui naît sous l'influence de causes multiples, et qui succède aux détériorations organiques de tout ordre. La néoplasie spéciale qui la caractérise est toujours le résultat d'une déviation, d'une altération nutritive de nos tissus; mais cette altération n'est plus primitive, elle est *secondaire*, produite et entretenue par un microbe.

Cette conception nouvelle de la phthisie, basée sur la virulence de sa cause, change-t-elle les éléments de son étude nosologique? Si le bacille de Koch est un facteur étiologique, qui fixe et détermine à lui seul la nature du mal, a-t-il partout et toujours le même rôle prépondérant? Quelle part prend-il aux origines et aux débuts de la tuberculose, à son développement, à ses arrêts, à ses terminaisons? De quel secours nous est-il dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie? En lutte avec l'organisme, par quels signes se dévoile-t-il à nos yeux? A quel

moment devient-il un agent actif et révélateur? A quel moment et dans quelles circonstances peut-il et doit-il être considéré comme une quantité négligeable?...

Questions délicates, dont je voudrais ébaucher l'étude devant vous et avec vous.

Commençons par la question *étiologique*.

Ici le microbe est tout ou à peu près tout. C'est du moins ce que nous enseigne l'expérimentation physiologique. Les faits du laboratoire ne nous ont-ils pas montré que le tubercule est inoculable, qu'il est créé et entretenu par un élément vivant, et que sans cet élément vivant la maladie n'existe pas? Ne nous ont-ils pas donné la formule de la nouvelle doctrine : Sans bacille de Koch, pas de tubercule; sans contagion, pas de tuberculose?

Mais si nous ne pouvons pas devenir phthisiques sans qu'un microbe pénètre en nous, s'implante dans nos tissus, et y fasse office de ferment; si les altérations vasculaires ou cellulaires de notre poumon sont sous la dépendance exclusive de la *fonction* de ce microbe, s'en suit-il que nous subissions tous, de la même façon et à titre égal, les atteintes du parasite, et qu'il faille compter pour rien les réactions, les résistances, les révoltes, physiologiques ou pathologiques, générales ou locales, de notre organisme?

Je l'ai dit ailleurs (1): Si la transmissibilité expérimentale de la tuberculose est un fait indéniable, accepté de tous, sa transmissibilité clinique est encore discutée, admise par les uns, niée par les autres. Au laboratoire, vous maniez à votre gré l'agent pathogène; c'est vous qui lui tracez ses voies d'introduction. Pour le faire pénétrer, vous brisez toutes les portes, et pour vaincre la résistance des organismes réfractaires vous augmentez les doses du poison. En clinique, rien de pareil. Bien loin d'être maître du microbe, c'est à peine si vous savez où il se trouve; ou plutôt vous savez qu'il est partout, qu'il nous menace tous, et que tous nous le respirons.

Quelles portes vont donc s'ouvrir devant lui? Et comment s'ouvriront-elles? C'est à la clinique de nous le dire. Quant à l'expérimentation, la simplicité et l'inflexibilité de ses règles ont quelque chose d'absolu, qui ne concorde pas avec la complexité de la maladie, avec la multiplicité de ses formes et de ses modalités.

L'unité de nature et de cause de la tuberculose n'implique en aucune façon l'unité des *conditions pathogéniques* qui président à son éclosion. N'oublions pas que, chez le phthisique, il y a deux causes en présence: l'une qui pousse à l'*uniformité*, c'est la bactérie; l'autre qui tend à la *diversité*, c'est l'organisme. A l'encontre des maladies zymotiques, ses congénères, la phthisie ne présente aucune fixité dans ses origines, aucune régularité dans son évolution; la marche cyclique des affections virulentes lui est inconnue. Dans la rougeole et la scarlatine, dans la syphilis, le virus annihile l'organisme; il lui impose une vie nouvelle et transitoire, dont tous les actes sont empreints de cette fatalité, qui paraît être l'attribut principal des fermentations microbiennes. Aussi ne rencontre-t-il pas de terrain réfractaire ou n'en rencontre-t-il que rarement; tout individu qui l'absorbe

(1) *Note pour servir à l'étude étiologique de la phthisie pulmonaire.* (Lecture faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 décembre 1889, et insérée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, numéro du 1er mars 1890.)

est contaminé. Dans la tuberculose du poumon, il n'en est pas ainsi : l'organisme garde son autonomie, le terrain résiste à la force génératrice de la graine ; c'est lui qui consent ou qui ne consent pas à l'invasion du microbe ; c'est lui qui détermine les conditions de la lutte, qui les varie à l'infini, et qui donne au ferment morbide ses lois physiologiques ou pathologiques.

L'observation du malade me fournit de nombreuses preuves de ce que j'avance. Voyez ce qui se passe dans les deux grandes divisions de la phthisie, la forme *héréditaire* et la forme *acquise*.

Je prends d'abord le phthisique héréditaire. Il a hérité de son père ou de sa mère, non pas d'un organisme *tuberculisable*, mais d'un organisme *tuberculisé*. Avec la doctrine actuelle, il n'en peut être autrement, comme l'a très justement dit M. Abadie. Mais chez cet individu tuberculisé de par ses géniteurs, à quelle date et de quelle façon va se manifester la maladie ? Si le virus prime l'organisme, s'il est plus fort que lui, il doit trahir sa présence par une manifestation précoce. C'est le contraire qui a lieu; les premières atteintes du mal ne se montrent qu'à l'adolescence, entre 15 et 20 ans, à l'âge des fatigues inhérentes à la croissance et à la puberté.

Je sais qu'il résulte des recherches de M. Landouzy (1), de celles qu'il a déjà publiées et de celles qu'il poursuit dans son service des crèches de l'hôpital Tenon, que les bronchites et les broncho-pneumonies des plus jeunes enfants sont souvent, sinon toujours, de nature bacillaire; que bon nombre d'entre elles, au lieu d'être imputées à la rougeole, doivent être considérées comme de véritables tuberculoses. Cette opinion de M. Landouzy est confirmée, dans une certaine mesure, par les observations inédites de Parrot, que vient de publier M. le docteur Henri Leroux (2), ancien chef de clinique de la Faculté. Nous n'en restons pas moins en présence de cas très nombreux, où la tuberculose n'éclôt chez des héréditaires que dans la dix-huitième ou la vingtième année. Cette éclosion tardive, comment l'expliquer ?

Je veux bien qu'on l'explique par le *microbisme latent*. Mais que ce soit un microbe primitivement pathogène, qui passe inaperçu et silencieux dans l'organisme pendant vingt ans, et qui retrouve un beau jour son activité et sa virulence; ou que ce soit un microbe physiologique qui, d'indifférent qu'il était, se transforme tout à coup et devient offensant, il faut que quelque chose ait provoqué le *réveil* du premier ou le *transformisme* du second; ce quelque chose n'est autre qu'un changement survenu dans les conditions chimiques ou vitales du milieu organique. Qui a fait ce changement? Qui l'a préparé? En quoi consiste-t-il? L'observation clinique a seule qualité pour nous répondre.

Je retrouve la même dualité dans l'étiologie de la phthisie acquise. Nous avons, d'un côté, la panspermie tuberculeuse, et son seul mode de développement, la contagion ; de l'autre, des organismes de complexion différente et de résistance inégale, plus ou moins disposés à retenir les germes et à les laisser croître

Je ne voudrais pas revenir sur la valeur comparative des faits cliniques et des faits expérimentaux, au point de vue des origines de la tuberculose.

(1) Landouzy et Queyrat : *Note sur la tuberculose infantile* (Soc. méd. des hôpitaux, 1886, p. 169).

(2) Henri Leroux : *La tuberculose du premier âge*, d'après les observations inédites du professeur Parrot (*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, t. II, p. 1).

Qui ne voit pourtant que le malade ne remplit aucune des conditions réalisées par le physiologiste dans son laboratoire? Comment rapprocher la contagion de mari à femme, ou de mère à fille, de la contagion provoquée par l'expérimentateur, qui pulvérise des crachats tuberculeux dans la cage d'un cobaye ou d'un lapin? Comment établir une similitude causale entre une piqûre anatomique, si rarement infectieuse, et une inoculation expérimentale, si fatalement virulente?

Non; le tubercule clinique et le tubercule expérimental ne se ressemblent pas; causes et effets, conditions de la graine et conditions du terrain, tout les sépare; ils n'ont de commun que l'infiniment petit qui les caractérise. Ils concluent tous les deux à la même lésion cellulo-bacillaire; ils n'aboutissent pas à la même maladie. Si le laboratoire fait de la tuberculose, il ne fait pas de phthisie.

Nous verrons tout à l'heure, à l'occasion du pronostic, combien sont nombreuses les *variétés* de la phthisie, et comme elles relèvent toutes des aptitudes individuelles du malade. Mais abordons d'abord la question du *diagnostic*.

Le bacille de Koch n'a pas ici, selon moi, l'importance qu'on s'accorde à lui donner; ou du moins cette importance ne se montre, ne se trahit que dans de rares occasions, lorsqu'il s'agit de lever un doute ou de redresser une erreur. Dans toute autre circonstance, je veux dire dans l'immense majorité des cas, le bacille est un signe de luxe; il ne fait que confirmer le diagnostic déjà porté, et il le fait si tard que sa valeur clinique me paraît faible ou presque nulle.

Pour combattre efficacement la phthisie, que faut-il en effet? La surprendre à ses débuts, quand elle est en voie de formation; la deviner aux premiers assauts qu'elle livre, la reconnaître avant qu'elle ne se démasque. Qui nous fournira les moyens de faire ce diagnostic *hâtif*, le seul utile, le seul médical? L'examen du malade, l'auscultation de sa poitrine. Une altération rythmique du murmure respiratoire, une modification dans le timbre et la tonalité d'un des temps ou des deux temps de la respiration, une sonorité de la paroi thoracique amoindrie ou exagérée, et vous avez le droit, pourvu que ces troubles et ces signes aient quelque fixité, quelque stabilité, vous avez le devoir d'exercer sur votre malade la surveillance la plus attentive, de lui prescrire l'hygiène la plus sévère, le traitement le mieux approprié. Ce n'est qu'un diagnostic *probable*, soit; mais, avec de l'amaigrissement et de la fatigue, de l'inaptitude aux choses de la vie, avec une petite toux, avec des origines menaçantes ou douteuses, ce diagnostic acquiert une certitude que la marche progressive des signes anatomiques et fonctionnels ne fait, hélas! que confirmer trop souvent. Pour ma part, je n'hésite pas à diagnostiquer des tubercules, lorsque, avec de l'épuisement physiologique, une tare morbide héréditaire ou acquise, quelques troubles du côté des organes respiratoires, — facilité à s'enrhumer, enrouements fréquents, etc, — je constate sous une clavicule, et cela d'une façon invariable et fixe, une inspiration rude et basse, du retentissement de la voix, une matité absolue ou relative. Ces signes ont, pour moi, une valeur redoutable, et l'évolution naturelle de la maladie vient trop souvent me donner raison. Les bruits adventices, les craquements secs ou humides, l'expectoration, les hémorrhagies, épistaxis ou hémoptysies, remplacent successivement, dans un laps de temps assez court, les altérations de timbre et de rythme, la sécheresse de la toux, la congestion et l'engor-

gement des tissus. C'est la fonte caséeuse qui vient remplacer le travail congestif et fibreux du début. Que si, au lieu de s'aggraver, les signes de la germination bacillaire s'atténuent ou disparaissent, je n'en conserve pas moins mon premier diagnostic; je dis seulement que mon malade a guéri, et qu'il a guéri parce que son mal a été pris à temps. Une fois de plus, je me félicite de ne pas avoir attendu l'apparition des bacilles dans les crachats, pour porter le seul diagnostic qui soit certain, c'est vrai, mais le seul aussi qui, dans l'immense majorité des cas, soit inutile et superflu.

Au point de vue du *pronostic*, les notions microbiennes nous sont d'un secours plus faible encore.

Le phthisique est un protée. Il vit de longues années avec des cavernes qui ont creusé son poumon; il meurt en quelques mois avec des granulations disséminées dans un sommet. Chez lui, la diversité des localisations pulmonaires n'a d'égale que la variété des aptitudes constitutionnelles. Pour le comprendre, il faut l'étudier dans sa race, le suivre dans sa vie physiologique et pathologique. Pour apprécier ses chances de guérison ou de mort, il faut connaître les résistances qu'il oppose aux attaques et aux progrès de son ennemi. Et ces résistances sont locales et générales : elles se manifestent, dans le poumon et dans le reste de l'organisme, par des actes nutritifs spontanés et personnels, qui donnent à la maladie une allure propre, une direction déterminée. C'est ainsi qu'en faisant du tubercule fibreux, le phthisique sera moins vulnérable que s'il fait du tubercule pneumonique; qu'en développant, autour des colonies bacillaires, de l'emphysème et du spasme bronchique, il prolonge la lutte, et peut en sortir victorieux; qu'en provoquant, sur un des grands appareils de l'économie, sur le système nerveux, musculaire ou circulatoire, sur la peau, dans les articulations, l'apparition ou le réveil de manifestations morbides d'un certain ordre, — névralgies, migraines, rhumatismes, hémorrhoïdes, eczéma, goutte, — il combat efficacement le parasite, le gêne dans son travail d'extension, et, l'emprisonnant dans une cicatrice ou dans une concrétion calcaire, parvient quelquefois à l'annihiler pour jamais. Que de fois n'ai-je pas vu, n'avez-vous pas vu vous-mêmes, des îlots de pneumonie tuberculeuse, en voie d'évolution active, immobilisés par le retour d'une servitude pathologique depuis longtemps disparue! Je ne compte plus les asthmatiques, les goutteux, les hémorrhoïdaires, les graveleux, les eczémateux, les rhumatisants, les nerveux, qui, devenus tuberculeux à un moment donné de leur vie, luttent victorieusement contre la maladie virulente, et parviennent à la dompter, grâce à la qualité nutritive et chimique, nerveuse et vitale, de leurs tissus et de leurs humeurs. Sans doute, nous ne savons pas encore en quoi consiste cette qualité de nos cellules, qui fait la plupart des *maladies de la nutrition*, communément englobées sous le nom d'*arthritiques*. Mais si nous ignorons la nature et la cause de ces dyscrasies tant générales que locales, nous en voyons, nous en constatons les effets; nous voyons qu'elles opposent à la phthisie des affections relativement saines, susceptibles de l'enrayer dans sa marche, de préparer et de favoriser sa guérison.

Sans vouloir entrer dans cette grande question des *antagonismes pathologiques*, introduite par Pidoux dans l'histoire de la phthisie, reprise par M. Verneuil sous le nom d'*hybridités morbides*, et si féconde en indications pronostiques et thérapeutiques de tout ordre, je dois dire qu'elle élargit singulièrement, aux dépens de l'action microbienne, le rôle de l'organisme et de son activité propre. Chez un pulmonaire tuberculo-arthritique, un type

des plus intéressants à étudier, irons-nous demander au nombre et à la forme de ses bacilles la raison de la bénignité relative de sa maladie? Dans ces phthisies hybrides, dans ces métissages pathologiques, où le *divers* est la règle, pourquoi chercher des renseignements du côté du seul élément qui reste immuable, l'élément spécifique? Ne savons-nous pas que le bacille du tubercule actif et envahissant est le même que celui du tubercule passif et régressif? M. Dejerine n'a-t-il pas retrouvé dans des tubercules guéris, dans des masses crétacées, la bactérie caractéristique avec ses qualités de nombre, de forme et de virulence? Le phthisique bien portant, qui marche à la guérison, a-t-il dans ses crachats moins de bacilles, des bacilles moins virulents, que le phthisique malade, consumé par la fièvre? Lors d'une intéressante discussion au sein de la Société d'hydrologie (1), M. Hayem ne nous a-t-il pas dit que les phthisiques, qui revenaient améliorés des eaux minérales ou des stations d'altitude, avaient autant de bacilles, sinon plus, qu'avant leur départ? Pourquoi, je le répète, demander à l'*unité* de cause la raison de la *diversité* des effets?... Je ne vois qu'une circonstance où la considération de l'agent pathogène puisse nous renseigner utilement sur la marche probable de la phthisie; c'est lorsque la fièvre est hors de proportion avec les localisations pulmonaires, et qu'elle dénote ainsi l'infection générale de l'organisme par la dissémination du microbe.

Arrivons au *traitement.*

Le traitement *local* de la phthisie pulmonaire est depuis quelques années en grand honneur chez nous. C'est à qui trouvera le moyen d'atteindre le bacille, de tuer sur place le microbe spécifique. Inhalations d'air froid et d'air chaud, de vapeurs d'acide sulfureux, d'acide fluorhydrique, de goudron, d'iodoforme; pulvérisations d'eau minérale, sulfureuse ou arséniquée, de substances balsamiques, créosote, eucalyptol, etc.; injections antiseptiques dans la trame du poumon, comme l'a fait M. Lépine; injections sous-cutanées ou rectales; amputation, résection partielle du tissu pulmonaire, comme l'a tenté M. Prengrueber; tout a été essayé, mis en œuvre. On peut dire qu'au point de vue du traitement chirurgical de la phthisie, de son traitement antiseptique local, direct ou indirect, nous avons multiplié les tentatives, et ne sommes restés en arrière de personne.

Qu'est-il résulté de toutes ces tentatives? Peu de chose; j'allais dire rien.

On parle bien d'améliorations, d'arrêt dans la marche de la maladie; on signale même des cas de guérison. Peut-on vraiment, dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, prononcer le mot de guérison, ou même celui d'amélioration et d'arrêt, parce qu'on a été témoin de la disparition des crachats et de la toux, de quelques modifications favorables dans les signes des sommets, de la diminution ou de la cessation de la fièvre, de la reprise de l'appétit de l'embonpoint et des forces? Quelle est donc la médication, qui n'a pas à son actif de semblables résultats? Quel est le médecin, qui avec les médications les plus diverses n'a pas enregistré de semblables succès?

Je ne dis pas cela pour empêcher de poursuivre l'étude des applications de la méthode antiseptique à la cure des affections tuberculeuses du poumon; cette étude, on ne saurait trop l'encourager, car jamais nous n'aurons assez d'armes pour combattre la phthisie. Mais je proteste contre les con-

(1) *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXX, p. 559.

clusions hâtives que l'on s'est plu à tirer des résultats obtenus; je proteste contre des tendances thérapeutiques qui mènent à bien des déceptions.

La phthisie pulmonaire est une maladie essentiellement protéiforme; aujourd'hui elle est silencieuse, demain elle fera un retour offensif aussi brusque qu'inattendu. Pour juger de la valeur d'un traitement dirigé contre elle, il faut une très longue et très patiente observation.

Sans doute, il n'est que deux manières de guérir les maladies virulentes : rendre le terrain réfractaire aux microbes ou détruire ces mêmes microbes. Mais en supprimant le bacille tuberculeux, sommes-nous sûrs de supprimer la phthisie? Comme le dit en excellents termes M. Ricochon (1), dans un mémoire inséré dans le premier volume des *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose :* « Supprime-t-on la gale en supprimant l'aca-« rus? Le microbe peut disparaître; mais l'aptitude de la peau à le nourrir, « à l'héberger, reste, persiste, et cette aptitude tient à la qualité nutritive « des cellules épidermiques, qui n'appartient nettement qu'à certains indi-« vidus. »

C'est pourquoi nous pensons que la médication traditionnelle de la phthisie, celle qui s'adresse à l'état général en même temps qu'à l'état local, qui fait appel à toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique, à l'air, à l'alimentation, aux eaux minérales, à certains médicaments pharmaceutiques, est encore, à l'heure actuelle, la médication la meilleure à opposer aux progrès du bacille destructeur, et la plus propre à redresser l'organisme, à le rendre réfractaire à la propagation et à la pullulation du microbe.

Je termine cette trop longue étude de pathologie générale par les propositions suivantes :

La phthisie pulmonaire, maladie microbienne, est spécifique, virulente et contagieuse de par l'élément figuré qui la caractérise.

Son étiologie est *unique*, sa pathogénie est *multiple;* le microbe ne s'attaque qu'à des organismes altérés et déchus.

Utile pour confirmer ou redresser le diagnostic, le bacille de Koch apparaît trop tard pour nous révéler les signes précurseurs de la maladie. Le diagnostic *probable* est plus utile, plus médical que le diagnostic *certain.*

La déviation organique ou *prédisposition morbide* est la meilleure, pour ne pas dire la seule source des indications : elle commande l'intervention thérapeutique.

REVUE DES CLINIQUES

Enchondrome de la parotide, par M. Le Dentu (2). — Je viens d'examiner, devant vous, une femme de 61 ans atteinte d'une tumeur volumineuse de la parotide. Les variétés de tumeurs de la parotide sont, vous le savez, extrêmement nombreuses. Les unes : sarcomes, fibro-sarcomes, carcinomes, sont de nature nettement maligne; les autres : adénomes, fibro-adénomes, enchondromes, sont de nature relativement bénigne. Ce sont, heureusement, les plus fréquentes. Toutefois, ces tumeurs bénignes peuvent elles-mêmes prendre une gravité réelle soit par leur accroissement local, soit par des dégénérescences qui ne sont pas extrêmement rares. Chez notre malade en particulier,

(1) Ricochon : *Pleurésie et tuberculose* (*Études expérimentales et cliniques sur la tuberlose*, t. Ier, p. 573).

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1891.

je pense qu'il s'est agi primitivement d'un enchondrome pur. La lenteur extrême de l'évolution pendant plus d'un an, l'aspect, et surtout la résistance spéciale, ferme, élastique, cartilagineuse que conserve encore toute une partie de la tumeur, permettent de porter directement ce diagnostic. Mais depuis deux mois s'est produite une véritable poussée d'accroissement : limitée d'abord à la partie moyenne de la région parotidienne, la tumeur s'est rapidement prolongée vers la joue. Actuellement, toute sa partie supérieure est devenue mollasse et presque fluctuante. Il y a donc là une dégénérescence partielle qui modifie notablement le diagnostic. Les enchondromes de la parotide subissent, en effet, trois modes particuliers de dégénérescence : kystique, muqueuse, sarcomateuse. La rapidité du développement de la partie antérieure de la tumeur pendant ces deux derniers mois, l'absence de fluctuation nette me font craindre qu'ici ce ne soit la transformation sarcomateuse qui se soit produite. La tumeur n'en reste pas moins opérable; elle doit même être opérée. Si, dans les tumeurs nettement malignes, avec généralisation, cachexie avancée, il est dans cette région périlleuse préférable de s'abstenir, je crois que, dans notre cas particulier, nous pouvons tenter l'ablation sans dangers excessifs et avec chances d'un succès durable.

Quels sont, dans une ablation de ce genre, les deux accidents sérieux que vous devez toujours prévoir et chercher dans la mesure du possible à éviter? Ce sont, d'une part, l'ouverture de la carotide externe; d'autre part, la section du nerf facial. La blessure de la carotide externe n'est, si vous êtes suffisamment préparés, qu'un incident sans gravité spéciale. Il suffit de ne pas s'effrayer du volume du jet de sang, de saisir l'artère et de la lier. La section du nerf facial est plus fâcheuse, car elle entraîne une paralysie durable. On a bien conseillé de rapprocher, de suturer au besoin les deux extrémités du nerf sectionné. C'est un moyen très recommandable en théorie, mais le plus souvent impossible à mettre en pratique. Faites donc, à l'occasion, entrevoir, parmi les complications possibles de l'opération, la paralysie faciale.

Sans permettre d'affirmation absolue, la recherche de certains symptômes permet de pressentir les dangers plus ou moins grands de blessure du nerf et de l'artère. Chez notre malade, par exemple, il n'y a pas trace de prolongement pharyngien; la tumeur, malgré son volume, garde une certaine mobilité; le pouls de la temporale, du côté atteint, n'a subi aucune modification; les muscles de la face ont gardé un fonctionnement parfait, sans trace de paresse. On peut donc espérer que les rapports avec la carotide et le facial ne sont pas trop intimes, que nous pourrons éviter la blessure des deux organes.

Pour les ménager plus sûrement, voici quel doit être le plan opératoire. Vous savez que les enchondromes sont souvent complètement encapsulés. Nélaton avait bien montré qu'en incisant profondément jusqu'au tissu cartilagineux, on pouvait, la capsule ouverte, énucléer ce tissu avec facilité et enlever des tumeurs extrêmement volumineuses de la parotide, non seulement sans blesser la carotide, ni le facial, mais presque sans hémorrhagie. Je n'ose ici compter, en raison de l'accroissement de ces dernières semaines, trouver une capsule complète. Mais en faisant un grand lambeau au dépens de la partie supéro-externe des téguments, en le relevant de façon à attaquer le néoplasme par sa partie postérieure, celle qui s'est le moins accrue dans ces derniers temps, j'espère trouver un enkystement encore suffisant sur ce point pour pratiquer une énucléation, sinon totale, au moins permettant de dégager sans danger la plus grande partie de la tumeur.

Ce plan opératoire, indiqué dans ce cas particulier serait, remarquez-le bien, détestable, s'il s'agissait d'une tumeur franchement maligne. En pareil cas, si vous vous décidez à l'opération, il faut, pour avoir une chance de guérison, vous attacher avant tout à tailler en plein tissu sain et chercher, sans souci de la blessure de l'artère ou du nerf, à faire une très large ablation.

Tels sont les dangers immédiats. Les dangers éloignés de l'opération sont d'ordinaire assez faibles. La mortalité, après ces ablations, est minime. C'est ainsi que sur une statistique de 168 cas d'ablations de tumeurs de la parotide, on n'a noté que cinq morts dues, pour la plupart, à des accidents d'infection que l'antisepsie nous permet, aujourd'hui, d'éviter. Et pourtant, chez notre malade, en dehors de l'âge, de la fatigue manifeste, d'une certaine cachexie, il est un point qui me préoccupe et que je dois

comme règle de pronostic général, vous indiquer. Cette femme n'urine guère plus de 800 grammes par jour et sa quantité totale d'urée est, pour la façon dont seront supportées les opérations un peu sérieuses, un indice toujours important. Vous vous rappelez que, dernièrement, hésitant à opérer un malade profondément cachectique, atteint d'épithélioma du rectum, je me suis décidé parce qu'il avait, malgré ses apparences d'épuisement, encore 18 grammes d'urée par vingt-quatre heures. Ce malade a guéri à merveille, et se levait moins de quinze jours après que je lui avais fait un anus artificiel dans la région sacrée. Chez notre malade d'aujourd'hui, je me trouve encouragé, jusqu'à un certain point, par ce fait que, si le chiffre d'urée est faible, le chiffre des chlorures, — 8 grammes par vingt-quatre heures, — se rapproche plus de la normale. Pourtant je fais malgré tout quelques réserves.

Voici donc, en résumé, une malade chez qui le diagnostic était d'emblée très simple. Et cependant, au point de vue du procédé du pronostic opératoire, voyez combien il était important de faire un examen complet et minutieux. L'opération fut pratiquée d'après le plan opératoire proposé, l'énucléation fut possible pour la presque totalité de la tumeur. Le nerf facial fut respecté et aujourd'hui, huit jours après l'intervention, la malade peut être considérée comme guérie.

BIBLIOTHÈQUE

La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants, par le docteur G. Félizet. — G. Masson, éditeur.

Avant de montrer comment la cure radicale d'une hernie peut et doit être inoffensive, même chez un enfant très jeune, M. Félizet consacre plusieurs pages à établir l'utilité et les indications du bandage, comme s'il voulait s'assurer d'abord qu'on ne l'accusera pas d'opérer trop souvent. Peut-être est-il dangereux, en effet, d'avouer qu'on a fait une heureuse cure radicale à un enfant de 8 ans, même s'il est constant qu'on a suivi des indications pressantes, même si on fait les plus expresses réserves sur l'opportunité de l'opération à cet âge. Un critique se trouvera toujours pour dire que vous « préconisez » la cure radicale chez les nouveau-nés. On lit tant et si vite aujourd'hui, qu'il faut assommer son lecteur de l'opinion qu'on soutient, pour avoir quelques chances de n'être pas rangé parmi les partisans de l'opinion contraire.

Voilà l'explication des dix-sept premières pages du travail de M. Félizet. Voilà pourquoi, ayant fait allusion à deux de ses malades, il ajoute : « L'opération de la cure radicale aux âges de 8 mois et de 11 mois est, à vrai dire, une curiosité opératoire, et, malgré ces deux succès, l'enseignement que comporte ce fait est non pas qu'on doive opérer de propos délibéré des enfants aussi jeunes, mais qu'il est possible, malgré cet âge, de les opérer impunément. » Voilà pourquoi il dit encore : « Il faut autre chose que la simplicité d'exécution pour justifier une opération. L'acquisition des procédés antiseptiques, en étendant notre puissance, n'a rien changé à la morale de notre art. »

Cela dit, l'auteur pose les règles suivantes : 1° Opérer aussi rapidement que possible; 2° respecter les vaisseaux et les nerfs du cordon; 3° tenir l'intestin à l'abri de tout contact septique et de toute blessure; 4° assurer l'oblitération parfaite du trajet inguinal; 5° établir un septum puissant, plan, bien tendu et solidement appuyé, à la place de la dépression en entonnoir de l'orifice interne. L'étude analytique de ces diverses indications a pour but de nous montrer les écueils de la cure radicale, et de nous conduire à une innovation qui est, à vrai dire, l'objectif principal de l'auteur. Tout ce qui précède et tout ce qui suit, toutes les réflexions judicieuses qu'il émet sur la cure radicale, sont une garniture dont il orne le chapitre qu'il a le plus à cœur. Les idées qu'il défend sur le traitement des hernies sont, en résumé, celles que nous avons presque tous adoptées, tandis que le procédé spécial qu'il a imaginé pour faciliter l'opération lui appartient en propre, et n'a pas, que je sache, été mis à l'épreuve par d'autres que lui.

Un mot seulement sur ce procédé. Un ballon de caoutchouc rouge, mince et souple, en forme de poire, introduit dans le sac et dans le trajet inguinal par une boutonnière

pratiquée à la séreuse, est insufflé et transforme le sac en une tumeur solide, de telle sorte que l'isolement parfait et la résection totale sont réalisés plus facilement et plus vite. Voici, d'ailleurs, comment l'auteur résume les avantages de son appareil : « Soulever et fixer le terrain, faire en sorte que les vaisseaux, au lieu de se dérober, se montrent et s'étalent, faire en sorte surtout que la séreuse du sac soit disséquée aussi mince que le péritoine, dont elle est la continuation, et soit, sans tâtonnement, sans échappée, sans boutonnière, isolée dans son intégrité, énucléée aussi aisément et aussi complètement qu'un lipôme, tel est le but que nous avons visé et que nous croyons avoir atteint. »

Il est arrivé à notre collègue ce qui nous arrive à tous quand nous prenons la plume pour traiter un point spécial, mettre en lumière un fait ou une idée; d'autres faits et d'autres idées viennent se grouper alentour, la question s'élargit et se complète, on se trouve entraîné à dire son avis sur beaucoup de points qu'on voulait d'abord laisser dans l'ombre. C'est ainsi qu'après avoir décrit minutieusement l'opération, aidée de l'appareil nouveau et divisée en temps successifs, dans lesquels sont passés en revue les cas si variés de hernies réductibles et irréductibles, M. Félizet examine la cure radicale après la kélotomie et nous donne une belle observation de hernie inguinale étranglée, qu'il a opérée avec succès chez un enfant de 12 mois. Puis il étudie les résultats éloignés de l'opération et les précautions dont il faut la faire suivre. Le dernier chapitre est consacré à la relation d'une double opération de cure radicale chez un enfant de 8 mois.

Dans ces pages excellentes, qui terminent un solide et consciencieux travail, notre collègue se montre convaincu de la bénignité et de l'efficacité de la cure chirurgicale des hernies. Il admet qu'elle doit être et qu'elle est très souvent *radicale* au sens propre du mot. Il me paraît enfin donner la note juste en l'appelant « une opération simple, à l'exécution de laquelle suffisent les médiocres qualités de l'ordre, de la patience et de la propreté, qui sont des valeurs courantes, élémentaires, et qui représentent, pour ainsi dire, l'orthographe de la chirurgie. Quand, en effet, on suit avec attention la marche d'une opération de cure radicale bien conduite, on ne s'étonne plus des statistiques avantageuses : de toutes les éventualités, la mort, certes, serait la plus improbable ».

Je termine sur cette proposition, à laquelle je souscris des deux mains, car il est peu d'opérations de chirurgie moderne qui nous permettent de rendre aux malades d'aussi grands services avec aussi peu de dangers; et j'accueille, pour ma part, avec joie tout travail qui plaide cette cause avec des arguments marqués au coin de la probité scientifique et des faits sérieusement observés. — L.-G. Richelot.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1891. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Divers procédés de résection du tarse. — Castration dans le lymphadénome et la tuberculose. — Traitement de la contracture du maxillaire.

M. Berger fait un rapport sur trois communications qui ont été envoyées à la Société, relativement à la résection des os du pied. Dans deux cas, ceux de MM. Michaux et Gellé, il s'agit d'une opération de Vladimiroff Mikuliez; dans le troisième, adressé par M. Phocas, la résection a été atypique.

L'opération de M. Michaux a été pratiquée sur un jeune homme atteint depuis plus d'un an d'ostéo-arthrite tuberculeuse des os du pied et de l'articulation tibio-tarsienne; la maladie avait évolué lentement consécutivement à une entorse. Le chirurgien essaya d'abord de conserver le membre et employa sans succès la compression, les pointes de feu, l'air marin. Tout échoua, et, la situation s'aggravant, on dut se décider à opérer.

M. Michaux modifia l'opération de Vladimiroff Mikuliez en se basant sur des indications que M. Berger avait déjà eu occasion de donner en faisant un rapport sur une observation de M. Chaput.

Dans le premier temps, on fait l'incision de la peau. Cette incision part du bord externe du tendon d'Achille, au point où il s'insère sur le calcanéum et, passant au-dessous du sommet de la malléole externe, va jusqu'au niveau de l'articulation scapho-cunéenne; au point où le tendon extenseur du gros orteil croise l'interligne articulaire, ou même un peu en dehors, elle se courbe à angle aigu et, suivant à peu près l'interligne de Lisfranc, va jusqu'au bord externe du pied. Elle se recourbe alors une troisième fois près du tubercule du cinquième métatarsien et suit le bord externe d'avant en arrière, en restant à l'union de la face plantaire et de la face externe. Enfin, au niveau de la face postérieure talonnière, elle remonte jusqu'à son point de départ. On isole ainsi sur la face externe du pied un lambeau renfermant les téguments et les tendons péronier et extenseurs que l'on dissèque pour voir facilement les parties osseuses profondes.

Le deuxième temps comprend la désarticulation du pied par la partie externe, telle qu'on la fait dans le procédé J. Roux-Farabeuf; on dégage facilement le contenu de la gouttière calcanéenne.

Dans le troisième temps, on fait d'abord un trait de scie parallèle à l'interligne de Lisfranc sur l'extrémité postérieure des métatarsiens, puis on scie l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. Les surfaces osseuses, qui s'adaptent parfaitement bien, sont alors suturées au catgut.

Le malade de M. Michaux a eu une réunion par première intention, mais la consolidation a été très longue, car elle a demandé près de quatre mois pour être complète. Le résultat est excellent sous tous les rapports. Le pied n'est pas exactement dans l'axe de la jambe; il suit de ce fait que l'opéré marche encore sur la pointe du pied et que les fonctions se font parfaitement à l'aide d'une chaussure spéciale.

Dans le cas de M. Gellé (de Provins), il s'agissait d'une fracture des os du tarse qui, mal soignée par un rebouteur, avait été suivie de suppuration des articulations et des os; ces derniers étaient nécrosés. Le pied portait déjà deux incisions faites selon l'axe des malléoles. Le chirurgien fit d'abord un lambeau antérieur, puis il réunit les extrémités inférieures des incisions latérales par une incision en étrier embrassant la plante du pied et sectionnant toutes les parties molles. Il fut alors facile de relever et de disséquer un lambeau talonnier. La section osseuse fut faite sur le cuboïde, les cunéiformes et les parties molles réunies. La guérison survint après suppuration et le résultat fut très bon.

Le procédé de M. Gellé n'est qu'un procédé de nécessité.

On pourrait reprocher à tous les procédés primitifs de résection dite de Vladimiroff Mikuliez de ne pas ménager suffisamment les vaisseaux et les nerfs; les cas de gangrène ont été rares, cependant on devra toujours choisir de préférence les procédés qui conservent les paquets vasculo-nerveux. Le mode opératoire de M. Michaux répond parfaitement au desideratum. De plus, il permet soit de faire une résection, soit au contraire de se décider à une amputation, selon que l'on trouve les lésions plus ou moins avancées.

M. Phocas a fait une résection atypique chez un enfant de 7 ans et demi atteint d'une tuberculose très avancée du pied. Il énucléa le calcanéum, l'astragale et le cuboïde, et fit l'évidement des cunéiformes. La plus grande partie du squelette se reconstitua, et après guérison le pied n'était raccourci que de 1 centimètre et demi. L'opéré se tenait bien debout et les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne se faisaient bien. Malheureusement, M. Phocas ne parle pas de la marche.

En se basant sur ces différents faits, on peut comparer les interventions chirurgicales radicales et les procédés de conservation appliqués au traitement des arthrites tuberculeuses du tarse. Dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet, il y a une dizaines d'années, la Société se montra peu partisante des résections. C'était alors l'opinion de M. Berger; actuellement, il en a changé, car il a vu souvent la méthode de conservation être suivie de récidives. Si ces méthodes sont appliquées dans des cas où les malades peuvent être entourés de soins continus, elles donneront de bons résultats; mais si les opérés doivent travailler manuellement, les opérations réglées sont préférables. Chez les enfants, les

opérations atypiques peuvent donner d'assez bons résultats, tandis que, chez l'adulte, il faut avoir soin d'enlever largement tout ce qui est malade.

— M. Terrillon communique deux cas de *lymphadénome* et deux cas de *tuberculose du testicule.*

On admet habituellement que les lymphadomes du testicule sont très graves, par suite de la rapidité de la récidive dans la plupart des cas. Cependant il y a des cas qui font exception, surtout lorsque la maladie est reconnue dès son début.

Il y a trois ans et demi, M. Terrillon fut consulté par un homme, âgé de 45 ans, qui avait une tumeur dure occupant le quart environ du testicule gauche. Le malade, qui niait la syphilis, fut néanmoins soumis au traitement spécifique; les parties voisines, l'épididyme, le cordon, étaient sains. Un mois plus tard, la tumeur envahissait le tissu de la glande et, après un nouvel essai de traitement ioduré, on fit la castration. La plaie guérit rapidement. La tumeur était dure, homogène, blanchâtre et M. Brault trouva qu'il s'agissait d'un lymphadénome à petites cellules. L'opération a été faite le 4 juin 1887; depuis ce temps le malade se porte bien et il n'y a pas trace de récidive.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 32 ans, qui avait une tuméfaction indolente à la partie antérieure du testicule droit; les parties voisines étaient indemnes. Un traitement antisyphilitique n'amena pas de résultat et le malade fut opéré le 28 février 1888. Au microscope, on reconnut un sarcome à petites cellules avec réticulum lymphoïde très net en certains points.

Les deux castrations faites pour la tuberculose ont aussi été suivies de guérisons durables.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 35 ans que M. Terrillon a eu à soigner en 1882. Le testicule et l'épididyme gauches contenaient des masses tuberculeuses qui étaient l'origine de deux fistules suppurant abondamment. Les autres organes étaient sains. La castration a été suivie d'une guérison qui, encore aujourd'hui, est absolument complète. A l'examen des pièces on avait trouvé des cavernes tuberculeuses dans la tête de l'épididyme avec des noyaux de même nature dans la queue de cet organe et dans le testicule.

Le deuxième malade avait un testicule dont le volume avait augmenté brusquement et rapidement. M. Terrillon pensa qu'il s'agissait d'un sarcome à évolution aiguë et fit la castration. Il trouva un testicule atteint de tuberculose aiguë; l'épididyme était intact. L'opération date de dix-huit mois et le malade ne présente aucun phénomène pathologique.

Pour M. Reclus il n'est pas étonnant que M. Terrillon n'ait pas observé de généralisation, à la suite de ces opérations pratiquées dans la tuberculose du testicule. Cette variété est, en effet, une des plus bénignes parmi les tuberculoses locales. Un malade que Velpeau a traité, il y a trente ans, d'une tuberculose testiculaire, est actuellement bien portant et a une famille qui paraît saine. Il y a une dizaine d'années, M. Reclus a soigné un étudiant en médecine atteint de tuberculose du testicule qui a guéri complètement à Salies-de-Béarn. Un autre de ses malades, châtré des deux testicules, il y a neuf ans, n'a eu une légère bronchite que dans ces derniers temps.

Il serait très facile de citer un grand nombre d'observations de ce genre.

Le second cas de M. Terrillon est un cas d'orchite aiguë tuberculeuse. M. Duplay a signalé, depuis longtemps, que l'on pouvait croire, dans les faits de ce genre, à un sarcome à marche rapide.

M. Verneuil insiste sur ce point que la tuberculose du testicule peut parfaitement guérir sans opération; il reste alors des stigmates particuliers qui sont très faciles à reconnaître et qui tiennent aux anciens trajets fistuleux. Dans ces cas, il est très utile de recourir à la cautérisation interstitielle qui laisse croire au malade qu'il a toujours un testicule. Les cautérisations peuvent être suivies d'une diminution considérable de la tuméfaction prostatique.

M. Bazy n'a qu'à se louer des cautérisations interstitielles. Il a constaté aussi la rétrocession des lésions de la prostate.

M. Bouilly rapporte un exemple de guérison prolongée après une castration faite pour un lymphadénome. Le malade, âgé de 28 ans, a été opéré en 1885 pour une tumeur du testicule gauche qui avait cliniquement toutes les apparences du sarcome. Le traitement spécifique était demeuré sans résultat. A l'œil nu, le testicule avait l'aspect d'une masse molle, blanchâtre; et à l'examen microscopique, deux histologistes firent séparément le diagnostic de lymphadénome. Comme il y avait dans le cuir chevelu une petite masse de nature douteuse, M. Bouilly pensa que la récidive serait rapide. Elle ne s'est pas encore produite et, actuellement, le malade songe à se marier.

— M. Le Dentu a eu à traiter une *constriction absolue des mâchoires* survenue chez une jeune femme de 28 ans à la suite d'une périostite. Le procédé le plus employé dans les cas de ce genre est celui d'Esmarch, c'est-à-dire que l'on fait une résection limitée de la mâchoire en avant du masséter.

M. Le Dentu a préféré faire une incision au niveau de l'angle de la mâchoire et sectionner les insertions inférieures du muscle, puis il a rompu des adhérences de la muqueuse avec la branche montante et maintenu les mâchoires fortement écartées par un bâillon unilatéral pendant une douzaine de jours; ensuite, il a mis des coins de bois que la malade peut placer et retirer elle-même. Le résultat est resté bon et l'écartement est de 2 centimètres 1/2.

— M. Moty présente un malade auquel il a fait la résection du genou. Les épididymes étaient atteints et leurs lésions ont rétrocédé.

— M. Bazy montre les pièces d'une hématocèle consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.

FORMULAIRE

Pilules contre le catarrhe bronchique chronique.

Térébenthine du mélèze........................ }	ââ 2 grammes.
Goudron.. }	
Baume de tolu..................................	6 —
Benzoate de soude..............................	q. s. pour 80 pilules.

Huit par jour à intervalles égaux, contre le catarrhe chronique des bronches. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 1er janvier 1891, les aspirants aux grades de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmaciens de première et de deuxième classe ne sont admis à s'inscrire dans les Facultés, Ecoles supérieures, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou de l'Ecole. — Les Facultés et Ecoles détermineront les conditions de ce contrôle.

Les étudiants actuellement en cours d'études ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat dont il s'agit.

Facultés de médecine. — Le cadre des professeurs des Facultés de province est actuellement arrêté de la manière suivante :

Première classe. — MM. Feltz (de Nancy), Wannebroucq et Folet (de Lille), Hecht (de Nancy), Castan (de Montpellier), Bondet, Monoyer, Lortet et Ollier (de Lyon), Azam et Bouchard (de Bordeaux).

Deuxième classe. — MM. Beaunis et Poincarré (de Nancy), Gaulard (de Lille), Jaumes (de Montpellier), Gayet et Renaut (de Lyon), Charpentier (de Nancy), de Fleury (de Bordeaux), Dubrueil (de Montpellier), Gross (de Nancy), Perrens (de Bordeaux).

Troisième classe. — MM. Bertin et Engel (de Montpellier), Bernheim (de Nancy), Grasset et Grynfeltt (de Montpellier), Chrétien (de Nancy), Lannegrâce (de Montpellier), Heydenreich (de Nancy), Chalot et Tédenat (de Montpellier), Weiss (de Nancy), Lotar, Lescœur et Arnould (de Lille), Hamelin (de Montpellier), Castiaux (de Lille), Spillmann (de Nancy), Moniez, Herrmann, Tourneux, Leloir et Dubar (de Lille), Berne, Crolas, Lépine, Arloing, Morat, Mayet, Pierret, Rollet, Gailleton et Léon Tripier (de Lyon), Paulet (de Montpellier), Testut et Raymond Tripier (de Lyon), Imbert (de Montpellier), Lacassagne (de Lyon), Debierre (de Lille), Lannelongue, Dupuy, Masse, Coyne, Jolyet, Vergely, Picot, Morache, Guillaud, Layet et Pitres (de Bordeaux), Soulier et Poncet (de Lyon), Figuier (de Bordeaux), Cazeneuve (de Lyon).

Quatrième classe. — MM. Moussous, Demons et Viault (de Bordeaux), Garnier (de Nancy), Teissier (de Lyon), Badal (de Bordeaux), Herrgott (de Nancy), Blarez (de Bordeaux), Carrière (de Montpellier), Demange (de Nancy), Kiener et Mairet (de Montpellier), Leroy (de Lille), Fochier (de Lyon), Bergonié (de Bordeaux), Macé (de Nancy), Baudry et Wertheimer (de Lille), Granel (de Montpellier), Lambling, Lemoine et de Lapersonne (de Lille).

En résumé, sur 97 professeurs de Facultés de médecine de province, 11 sont de première classe au traitement de 11,000 francs; 11 de deuxième classe au traitement de 10,000 francs; 53 de troisième classe au traitement de 8,000 francs et 22 de quatrième classe au traitement de 6,000 francs.

Bordeaux compte 2 professeurs de première classe; 2 de deuxième classe; 12 de troisième classe et 6 de quatrième classe.

Lille compte 2 professeurs de première classe; 1 de deuxième classe; 10 de troisième classe et 6 de quatrième classe.

Lyon compte 4 professeurs de première classe; 2 de deuxième classe; 16 de troisième classe et 2 de quatrième classe.

Montpellier compte 1 professeur de première classe; 2 de deuxième classe; 10 de troisième classe et 4 de quatrième classe.

Enfin, Nancy compte 2 professeurs de première classe; 4 de deuxième classe; 5 de troisième classe et 4 de quatrième classe.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 27 février 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert de midi à trois heures, du lundi 2 février 1891 au samedi 14 du même mois.

— M. le docteur Sockel, médecin-adjoint du lycée de Douai, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Maugin, décédé.

M. le docteur Desmoulin est nommé médecin-adjoint dudit lycée, en remplacement de M. Sockel, nommé titulaire.

— M. le docteur Landolt va commencer un cours de thérapeutique oculaire en sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Le cours est destiné essentiellement aux étudiants et jeunes médecins.

Il aura lieu le samedi à une heure à partir du samedi 7 février.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourgeois (de Beauvais) et Borelli (de Turin).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Syphilis des poumons. — Pneumonies et pleurites syphilitiques.

Par M. le docteur E. Lancereaux.

Les poumons riches en vaisseaux lymphatiques n'échappent pas aux désordres syphilitiques, mais il faut reconnaître que ces désordres y sont relativement peu fréquents, beaucoup moins, en tout cas, que ne le supposent certains médecins dont l'opinion se base trop souvent sur une simple coïncidence, ne sachant pas que la lésion anatomique est le véritable critérium de toute manifestation liée à la syphilis.

Les lésions spécifiques des poumons étaient à peine soupçonnées par les premiers syphiligraphes; Astruc, pourtant, sans avoir une notion bien nette du sujet, écrit que les fonctions vitales des poumons peuvent être affectées dans la vérole par des tubercules ou des tumeurs gommeuses, et encore par des vomiques. Les médecins de la première moitié de notre siècle n'en parlent pas, mais à partir de 1850, on trouve çà et là des faits que nous avons cherché à utiliser dans nos travaux antérieurs. Dans ces derniers temps, il a été publié sur la matière de nombreux mémoires et des observations diverses; malheureusement, il en est assez peu qui résistent à une discussion sérieuse comme il est possible de s'en assurer et, pour ce motif, la plupart d'entre eux n'ont pu nous servir.

La recherche des lésions spécifiques des poumons est, du reste, fort difficile, attendu qu'il existe fréquemment dans ces organes des nodules caséeux ou tuberculeux assez semblables aux désordres anatomiques de la syphilis, et qu'un œil exercé seul peut reconnaître et distinguer. Ces désordres qui appartiennent surtout à la période tertiaire, se traduisent par deux sortes de lésions, l'une plus rare et diffuse, revêt la forme scléreuse; l'autre, plus commune et mieux circonscrite, se présente sous la forme gommeuse.

Étude anatomique. — La sclérose syphilitique des poumons offre les caractères de toutes les lésions scléreuses de même origine, celles du foie et des testicules notamment. Elle a l'apparence non pas d'une masse compacte, marbrée et indurée, mais celle de bandes ou tractus fibreux, suivant la direction d'un ou plusieurs vaisseaux lymphatiques, sinon partant d'une bronche, d'un vaisseau sanguin et irradiant dans des directions diverses au sein du parenchyme organique. Les îlots circonscrits par ces bandes sont ou bien indurés, ou bien, au contraire, atteints d'un emphysème partiel, mais nullement pigmentés comme dans d'autres affections,

l'anthracose, la sidérose ou même la sclérose paludique des poumons. Les bronches, comprises dans leur épaisseur, sont généralement aplaties, et les alvéoles pulmonaires sont remplies d'un exsudat formé surtout par des leucocytes et par des cellules endothéliales ratatinées, desquamées. D'autres fois pourtant, lorsqu'elles participent au processus syphilitique, elles sont rétrécies ou même dilatées, de telle sorte qu'elles offrent les dispositions les plus diverses. Des adhérences membraneuses, en général très épaisses et parfois assez lâches, sont de règle au niveau de ces altérations, a plèvre est épaissie, ses deux feuillets sont adhérents, et la surface pulmonaire lobulée se trouve parcourue par des sillons profonds circonscrivant des îlots plus ou moins étendus.

Cette altération tout à fait particulière, comparable à la cirrhose syphilitique du foie avec ses îlots volumineux, occupe généralement les lobes nférieurs, plus rarement la base des lobes supérieurs, et exceptionnellement les sommets ; elle est quelquefois accompagnée de désordres syphilitiques des voies aériennes et non moins fréquemment de lésions spécifiques des os, des testicules, du foie ou même de l'encéphale.

Toutes ces circonstances donnent à la sclérose syphilitique des poumons, un cachet spécial qui ne permet pas de la confondre avec la sclérose tuberculeuse, pas plus qu'avec toute autre induration pulmonaire, celle qui survient chez les impaludiques notamment et que l'on désigne sous le nom de *pneumonie chronique*. La sclérose tuberculeuse, lésion assez commune chez les personnes âgées et notamment chez les rhumatisants artério-scléreux, n'est pas sans analogie avec la cirrhose syphilitique des poumons, mais si elle présente parfois des bandes fibreuses étendues, elle se distingue de cette dernière, par son siège qui est le sommet des poumons, par la présence, à un certain moment, de cavernes dues à des destructions parenchymateuses, et surtout par l'infiltration, dans leur voisinage, de granulations miliaires ayant les caractères histologiques et bactériologiques des tubercules. En dépit de ces différences tranchées, il existe dans la science un grand nombre de faits de tuberculose, que j'ai le regret de ne pouvoir analyser ici, et qui, faute de connaissances anatomo-pathologiques suffisantes, ont été considérés comme appartenant à la syphilis.

La sclérose impaludique, que l'on trouvera dessinée et décrite dans mon *Atlas d'anatomie pathologique* (Paris, 1871, p. 294-295 et pl.), ne se distingue pas moins nettement de la lésion scléreuse syphilitique des poumons. Elle se présente, en effet, non plus sous l'aspect de tractus fibreux allongés avec dépressions de la surface pulmonaire, mais sous celui d'une induration compacte, uniforme, marbrée, lisse et luisante à la coupe, avec renflement du poumon et sans aucune dépression de sa surface libre, presque toujours adhérente à la paroi thoracique. Il resterait encore à différencier la sclérose syphilitique de la sclérose lépreuse des poumons, mais cette dernière, toujours accompagnée d'autres manifestations de la lèpre, est tellement rare chez nous, que nous pouvons ne pas en tenir compte. D'ailleurs, la constatation du bacille de la lèpre serait alors d'un grand secours.

L'altération circonscrite ou gommeuse du poumon, plus fréquente que la sclérose spécifique, n'est pas moins une lésion relativement rare et qu'il ne faut admettre que sur preuves bien constatées. C'est pourquoi nous tenons à ce que notre description repose, non sur des observations purement cliniques ou sur des lésions auxquelles on attribue une origine spécifique, uniquement parce qu'elles se rencontrent chez des syphilitiques, comme

cela arrive trop souvent, mais bien sûr des désordres pathologiques ayant des caractères propres, conformes à ceux de la syphilis des autres organes.

Chez un homme de 58 ans, manifestement syphilitique, dont les pièces anatomiques furent présentées par nous à l'Académie de médecine, les deux poumons, libres dans leur moitié supérieure, adhéraient à leur base tant à la paroi thoracique qu'au diaphragme, de telle sorte que leur extraction fut des plus difficiles. Examinée après extraction, la base de ces organes était labourée de sillons profonds semblables aux cicatrices syphilitiques du foie, et, comme ces dernières, comblée par un tissu fibreux de nouvelle formation; entre ces sillons, le parenchyme était, par places, induré; sur d'autres points emphysémateux. La plèvre viscérale, fortement épaissie dans toute sa moitié inférieure, s'était comportée comme un tissu de cicatrice et avait produit le retrait des poumons.

Ces deux organes, symétriquement altérés, présentent à la coupe des lésions identiques, un peu plus avancées dans un côté que dans l'autre. Le poumon gauche, siège de l'altération plus récente, offre à sa base un léger renflement qui, dépouillé de fausses membranes épaisses, laisse voir des saillies nodulaires, jaunâtres, arrondies, du volume d'une noisette ou d'une cerise, et donne, dans une étendue de près d'un décimètre, une sensation assez semblable à celle que fournirait la pression sur un sac de noix fortement distendu. Ces nodosités sont au nombre de douze ou quinze, disséminées sous la plèvre et dans la profondeur du poumon; elles se tranchent sous le scalpel et se font remarquer par leur saillie au-dessus du niveau du parenchyme pulmonaire et par une surface de section qui, au lieu d'être unie, offre des dépressions multiples. Ce sont des masses fermes, jaunes, sèches, arrondies, semi-circulaires ou en forme de croissant, circonscrites par un tissu fibroïde grisâtre et plus ou moins pigmenté. Au voisinage de ces masses existent des tractus fibreux, blanchâtres ou grisâtres qui, pour la plupart, irradient d'un centre commun. Quelques petites bronches sont dilatées, le tissu pulmonaire qui les environne est ferme et résistant. Semblables lésions se rencontrent dans le poumon droit, à un stade un peu plus avancé. Là, en effet, les nodosités gommeuses sont plus jaunes et plus irrégulières; elles ont au plus le volume d'une lentille, ce qui tient à ce qu'elles sont en partie résorbées. La zone de tissu fibroïde qui les entoure est manifestement rétractée, et, sur quelques points même, il ne reste que cette zone périphérique, le noyau central, blanchâtre ou jaunâtre, ayant complètement disparu. Aussi voit-on sur une surface de section du lobe inférieur de ce même poumon des tractus fibreux, à disposition stellaire, disposés autour d'un centre commun, comme les rayons d'une roue autour du moyeu qui les porte. L'induration scléreuse est assez étendue et un certain nombre de bronches sont dilatées. Il existe, en outre, au milieu de tous ces désordres quelques noyaux de pneumonie lobulaire récente nullement spécifique et qui ont sans doute contribué à précipiter le dénouement. Les ganglions bronchiques sont, pour la plupart, volumineux, fermes et pigmentés; les deux testicules sont infiltrés de nodosités gommeuses et le cerveau offre à la partie postérieure de la voûte à trois piliers, des cicatrices provenant des mêmes lésions. L'examen histologique démontre que les tractus blanchâtres sont constitués par un tissu conjonctif fibroïde semblable à un tissu de cicatrice; quant aux nodosités gommeuses, elles sont formées de deux parties distinctes : l'une centrale, peu ou pas modifiée par le carminate d'ammoniaque; l'autre péri-

phérique, fortement colorée par cette même substance. La première de ces parties est composée d'éléments défigurés, arrondis ou anguleux, hyalins, légèrement granuleux, groupés au pourtour de vaisseaux reconnaissables à leur membrane élastique et à quelques globules sanguins visibles dans leur lumière rétrécie. La seconde est constituée par de petites cellules arrondies, semblables aux éléments du tissu conjonctif embryonnaire, et par un grand nombre de cellules fusiformes et des vaisseaux. Ces derniers, dont l'endothélium est aplati, ce qui est l'indice d'une organisation déjà avancée, ont bien des parois épaisses, mais leur lumière est restée libre.

Ainsi, il y a tout lieu de croire que la gomme du poumon, comme celle des autres organes, d'ailleurs, commence au pourtour d'un vaisseau, c'est-à-dire par une péri-artérite; qu'elle s'étend excentriquement, par couches successives; qu'enfin, venant à envahir la tunique interne, elle obture sa lumière, de telle sorte que la partie de son voisinage, c'est-à-dire la partie centrale de la tumeur, devient granulo-graisseuse, régresse, tandis que la partie périphérique tend à se développer. En même temps, la nodosité gommeuse comprimait le parenchyme qui la renferme; aussi, dans ce cas particulier, était-il possible d'apercevoir les alvéoles pulmonaires reconnaissables à la persistance des fibres élastiques limitant des fissures dans lesquelles se voyait encore l'endothélium aplati. Au pourtour des nodules gommeux, les cloisons des alvéoles pulmonaires étaient épaissies par de jeunes cellules rondes et le réticulum lymphatique sous-pleural se trouvait comblé par des éléments lymphoïdes; la plèvre était injectée et épaissie.

Ce fait est entièrement conforme à la description donnée dans nos traités de la syphilis, où nous localisons les gommes pulmonaires au lobe inférieur et au lobe moyen, tandis que le lobe supérieur est, à son sommet surtout, le siège d'élection des tubercules.

Ces gommes, en nombre variable, dépassent rarement le chiffre de huit à dix; elles sont sphériques, du volume d'un pois, d'une amande ou d'une grosse noix. Dans tous les cas, une zone de tissu induré, fibreux, grisâtre, nacré et luisant les entoure, leur forme une sorte de coque qui peut servir à les distinguer. Résistante et parcourue par de nombreux vaisseaux, cette zone diffère du nodule intérieur jaunâtre, sec, friable, parfois très mou. Ces lésions, en effet, tantôt restent sèches, sont résorbées peu à peu, et perdent ainsi de leur volume; tantôt, par suite d'une transformation graisseuse un peu aiguë, elles se liquéfient en quelque sorte, irritent les tissus de voisinage, les ulcèrent et se vident dans les bronches. C'est vraisemblablement ce qui s'était produit chez une femme de 27 ans, morte de marasme, dans notre service, et qui, indépendamment d'un léger degré d'atrophie des reins et de la présence, dans l'artère pulmonaire, de plusieurs caillots adhérents, laissait voir au niveau des lobes supérieurs de chaque poumon une cicatrice ou mieux une dépression profonde répondant à une excavation pouvant contenir un œuf de poule. Les parois de cette excavation se trouvaient constituées par une zone fibreuse, lisse, très épaisse, qui se continuait avec des tractus conjonctifs émanant des bronches et des vaisseaux; de nombreuses divisions bronchiques, venant aboutir à cette cavité, présentaient un véritable rétrécissement au niveau de leur pénétration. Ce dernier mode de terminaison doit être considéré comme un fait rare, mais il y a lieu de l'admettre en présence des excavations circonscrites par une zone fibreuse plus ou moins épaisses, rencontrées dans les poumons de quelques syphilitiques. C'est là un processus semblable à celui qui se passe lors de

l'élimination des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. Aussi, de même que les désordres résultant de ces dernières, les cavernes gommeuses des poumons finissent par se cicatriser, laissant à leur suite des rainures, des dépressions, d'où émanent parfois, en rayonnant, des bandes de tissu fibreux. C'est donc un tort de rattacher à la tuberculose toutes les cavernes et toutes les cicatrices des poumons, car certaines d'entre elles peuvent avoir une origine syphilitique, surtout quand elles se trouvent circonscrites par une zone fibreuse épaisse, ferme et résistante. C'est ce qu'il est possible de penser à la lecture de quelques faits rapportés par Laënnec (1) et Andral (2) où ces caractères se retrouvent, malgré le silence gardé sur la syphilis, en même temps que des lésions hépatiques.

Les cicatrices syphilitiques s'observent indistinctement dans tous les lobes pulmonaires, à leur surface ou dans leur épaisseur. Elles coexistent avec des lésions syphilitiques diverses qui occupent différents points du corps ou même des organes tels que les testicules, le foie, jamais ou rarement, avec des tubercules vrais des poumons. Superficielles ou profondes, rayonnées ou étoilées, elles sont constituées par un tissu fibreux et induré, au sein duquel se voit encore parfois une substance sèche, grenue et jaunâtre. Dans l'une de nos observations, il existait des cicatrices rayonnées et étoilées dans les différents lobes du poumon droit, offrant à leur centre une substance blanche et caséeuse, à leur circonférence du tissu pulmonaire grisâtre et induré; des dépressions cicatricielles assez semblables se rencontraient à la surface du poumon gauche, en partie soudée au diaphragme, affecté lui-même de cicatrices et de petites tumeurs gommeuses.

L'adhérence des poumons aux parois costales est d'ailleurs la règle dans les cas de syphilis pulmonaire. La plèvre, épaissie, participe à l'altération, de telle sorte qu'une *pleurésie sèche*, formée d'adhérences membraneuses sous forme de bandes épaisses, est, pour ainsi dire, l'acolyte obligé des lésions syphilitiques diffuses ou circonscrites du parenchyme pulmonaire.

Cette pleurésie, qui, par ses caractères spéciaux, rappelle les adhérences qui unissent le foie syphilitique au diaphragme, se rattache manifestement à la syphilis; elle diffère d'ailleurs de la pleurésie sèche tuberculeuse, qui est disséminée, constituée par des fausses membranes peu épaisses, souvent peu étendues, infiltrées de granulations tuberculeuses, sinon par de larges membranes qui enveloppent le poumon tout entier. Elle n'est pas moins distincte de la pleurésie cancéreuse, à laquelle se trouve presque toujours associé un exsudat séro-sanguinolent et dans laquelle les fausses membranes sont fréquemment surmontées de noyaux épithéliomateux. Ainsi, la pleurésie syphilitique se reconnaît à des caractères propres; c'est une pleurésie membraneuse et qui s'accompagne exceptionnellement, comme la vaginite de même nature, d'un épanchement séreux, circonscrit par d'épaisses bandes fibreuses. Elle n'est jamais une pleurésie purement exsudative, comme pourraient le faire croire plusieurs communications faites à la Société médicale des hôpitaux (année 1890) dans lesquelles on attribue à la syphilis, tantôt des pleurésies ordinaires, sans aucun caractère propre, sous prétexte qu'elles apparaissent au cours d'une éruption secondaire, tantôt les pleurésies ultimes survenant chez un individu débilité à la période avancée d'une lésion trachéale, cancéreuse plutôt que syphilitique.

(*A suivre.*)

(1) Laënnec : *Traité de l'auscultation*, p. 58. Paris, 1831. Voir obs. XIX et XX.
(2) Andral : *Clinique médicale*, t. V, p. 68. Paris, 1834.

BIBLIOTHÈQUE

Note sur la fièvre intermittente chez les enfants a Paris, par le docteur E. Périer. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

L'auteur a vu un certain nombre de cas de fièvre intermittente dus au véritable petit marais que l'on rencontre dans le parc Monceau.

De ces observations il tire cette conclusion que ce qui domine dans la fièvre intermittente des enfants, c'est l'irrégularité même des accès et de leur réapparition. Ils sont le plus souvent incomplets et défigurés. L'accès débute souvent la nuit avec ou sans prodromes variables. Alors la face pâlit, les pommettes se décolorent, les lèvres et parfois le bout du nez prennent une teinte cyanique, les traits se tirent, les doigts sont froids, etc. C'est là ce qui correspond au stade de frisson de l'adulte. Très souvent, du reste, la période algide passe inaperçue. Le stade de chaleur qui constitue parfois tout l'accès dure de deux à trois heures. Pendant le stade de sueur, il ne se produit que de la moiteur. Souvent, les accès reviennent à de courts intervalles. La forme chronique de l'impaludisme est fréquente; il y a alors une hypertrophie énorme du foie et de la rate.

Les formes larvées sont parfois très bizarres et revêtent l'aspect de toux, de crises d'asthme, de diarrhées, de vomissements, d'hémorrhagies, d'accidents cérébraux, etc. La forme pernicieuse est rare.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi à propos de la quinine. Il faut la donner douze heures avant l'accès. Pour les enfants à la mamelle, on la donnera surtout en lavement à la dose de 0,10 centigr., au-dessous de 1 an; de 15 à 20 centigr. de 1 à 2 ans, et on augmente de 0,05 centigr. par année en plus. — P. Ch.

Sur l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée maremmatique chez les enfants, par le docteur Moncorvo. — Paris, G. Steinheil, 1890.

Des observations de M. Moncorvo, il ressort que :

1° Le salol peut être considéré comme un précieux agent pour l'antisepsie intestinale chez les enfants de tout âge affectés d'entérite ou d'entéro-colite d'origine malarienne;

2° Le flux intestinal s'atténue et disparaît dans un très court délai sous l'influence de ce médicament dont l'action désodorante des selles se révèle aussitôt après son administration;

3° Les gaz, résultats des fermentations intestinales, ne se reproduisent plus tant que le salol exerce son action aseptique; en même temps que cela, les coliques et les vomissements ne tardent pas à disparaître;

4° Le médicament, très bien reçu par les enfants de tout âge, n'a jamais produit chez les petits malades le moindre phénomène toxique;

5° Les doses employées ont varié de 15 centigr. à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, d'après l'âge et la gravité de chaque cas. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

De la désinfection des mains, par Ball (*Central fur Bakteriol.*, 28 juillet 1890). — Ball a mis à l'épreuve le procédé de désinfection des mains en usage à la clinique de Mikulicz, à Kœnigsberg. Après l'enlèvement des impuretés des ongles, visibles à l'œil nu, les mains sont soigneusement frottées pendant trois minutes avec le savon de potasse et l'eau chaude. Elles sont ensuite lavées pendant une demi-minute avec une solution d'acide phénique à 3 p. 100 (5 p. 100 pour les laparotomies) et ensuite avec une solution de sublimé à 1/2000e. En dernier lieu, les espaces sous-unguéaux et les rainures des ongles sont frottés avec de la gaze iodoformée à 10 p. 100, trempée dans l'acide phénique 5 p. 100. Ce dernier acte exige environ une minute.

L'auteur, avant de se désinfecter les mains par ce procédé, les avait infectées avec des cultures pures de staphylococcus pyogènes aureus ou de bacterium ureæ. Elles ont été également désinfectées après la besogne de la journée telles quelles.

Ball s'est servi, pour des raisons spéciales, de gélatine liquéfiée à 28°, se figeant après l'épreuve (récipients en verre), non sans rincer les mains au préalable dans de l'eau stérilisée pour ne pas transporter le liquide désinfectant sur le terrain de culture. La désinfection des mains durait de trois à cinq minutes; la durée du lavage à l'eau chaude, au savon et à la brosse, variant dans des limites de une à trois minutes.

Les recherches de Ball ont fourni de bons résultats confirmant l'excellence de la méthode de désinfection de Mikuliez. Cette méthode n'est sûre qu'après un lavage au savon de trois minutes. C'est la combinaison de l'acide phénique et du sublimé qui réalise l'avantage cherché.

La prescription à suivre est la suivante :

1° Les ongles sont débarrassés au scalpel ou aux ciseaux des impuretés visibles;

2° Les mains sont lavées pendant trois minutes et brossées au savon de potasse, à l'eau chaude;

3° Les mains sont plongées pendant une demi-minute dans l'eau phéniquée à 3 p. 100, puis dans le sublimé à 1/2000e.

4° Les espaces sous-unguéaux, les rainures unguéales sont nettoyés avec de la gaze iodoformée, mouillée d'acide phénique à 5 p. 100.

Il ne faut pas chercher à simplifier ce procédé. — P. N.

REVUE DES THÈSES

Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin, par le docteur Vaton. Paris, O. Doin, 1890.

1° Le pessaire doit être absolument rejeté.

2° Le traitement chirurgical est le seul qui puisse donner de bons résultats.

3° Chez des jeunes filles ou des jeunes femmes chez lesquelles il faut conserver intactes les voies génitales, et dont les tissus ont de la vigueur, lorsque l'on a affaire à un prolapsus fort léger, on devra pratiquer l'opération d'Alexander.

4° Si le prolapsus est grave, complet, il faudra recourir à l'hystéropexie par le procédé Terrier, et, s'il est possible, à la voie extra-péritonéale.

5° Chez les femmes ayant atteint la ménopause et chez lesquelles la santé peut être mauvaise, on remédiera au prolapsus par le cloisonnement du vagin associé à la colpopérinéorrhaphie et aux autres opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus.

6° Enfin, lorsque l'utérus sera tellement prolabé, tellement hypertrophié que la réduction est impossible, ou si l'organe subit une dégénérescence maligne quelconque, on aura recours à l'hystérectomie vaginale de préférence à toute autre. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une note sur la diphthérie, par M. le docteur E. Maurin;

2° Un travail intitulé : « Constitution médicale de grippe; épidémie de fièvre typhoïde a Baume et dans les environs », par le docteur Bitterlin.

Traitement de l'endométrite par le curettage et la cautérisation au chlorure de zinc. — M. Le Dentu fait un rapport sur un travail de M. Para (de la Ferté-Alais) relatif à sept cas d'endométrite traités par le curage et l'écouvillonnage. En voici les conclusions :

M. Le Dentu est d'avis que la cautérisation au chlorure de zinc, au moyen de cylindres de pâte de Canquoin, doit être absolument proscrite parce qu'elle expose trop à l'atrésie du col et que, par l'énergie inutile de son action, elle compromet trop l'avenir fonctionnel de l'utérus. Ceci est si vrai que l'on ne connaît, à l'heure actuelle, qu'un cas de grossesse arrivée à terme chez une femme ayant subi ce traitement; or, l'accouchement a été rendu impossible par l'existence de deux rétrécissements superposés du col, qui ont obligé M. Fochier (de Lyon) à faire la craniotomie, tandis que les cas de grossesse et d'accouchement normal après le curettage ne se comptent plus.

Même sous la forme atténuée que recommande M. Polaillon, et avec les restrictions qu'il a adoptées dans l'emploi du crayon de chlorure de zinc (emploi de petites flèches enduites de collodion dans toute la portion qui doit rester en contact avec la muqueuse du col, application de la méthode seulement aux femmes qui ont passé l'âge de la parturition), la cautérisation avec la pâte de Canquoin me semble ou insuffisante ou encore dangereuse : insuffisante parce que son action est trop superficielle, dangereuse parce qu'elle porte spécialement sur l'orifice interne qui est la portion la plus resserrée du canal, et que c'est justement là le point d'élection des rétrécissements.

Quant au procédé de M. Thierry (de Rouen) qui consiste à n'introduire la pâte de Canquoin que dans le corps de l'utérus, il émane d'une idée que je crois juste, à savoir que l'action du caustique sur la cavité du corps est moins dangereuse que sur celle du col; mais comment peut-on être certain que l'orifice interne ne sera pas atteint dans sa partie supérieure? Alors le rétrécissement n'est-il pas tout aussi probable que si le caustique avait agi de bas en haut?

Les caustiques liquides, mis en contact avec la face interne de l'utérus fraîchement raclée, sont évidemment beaucoup moins à redouter; ils ne sont pas appelés à agir alors comme moyens destructeurs, mais seulement comme agents irritants et modificateurs, ce qui est tout autre chose. Leur action est complémentaire de celle du raclage et le soin qu'on prend de faire une injection intra-utérine, aussitôt après leur application, est une garantie de grande valeur contre la sténose possible.

M. Polaillon tient à dire qu'il a, à plusieurs reprises, insisté sur les dangers très réels de la cautérisation sur les jeunes femmes, et quand l'utérus est malade. Dans les endométrites hémorrhagiques de la ménopause ou d'un âge avancé, quand la cavité utérine est très agrandie, la cautérisation ménagée est très utile et on n'a pas, quand on la pratique bien, à redouter les atrésies du col. Ces dernières succèdent parfois au curettage.

Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. — M. Ollivier lit un rapport sur ce sujet à l'occasion d'un travail de M. Chaumier (de Tours). L'auteur ne rattache pas les tumeurs adénoïdes à la scrofule; M. Ollivier pense, au contraire, qu'on les rencontre souvent dans cette diathèse. Par contre, M. Chaumier a bien montré que les tumeurs adénoïdes peuvent exister avant 7 ou 8 ans et que, peut-être, il est des cas où elles sont congénitales. Les végétations disparaissent vers 18 ou 20 ans. M. Ollivier ne pense pas que les terreurs nocturnes soient causées par les tumeurs adénoïdes. Le pronostic de ces productions est grave, car elles peuvent entraîner la surdité et l'affaiblissement de l'intelligence, l'asthme, les bronchites à répétition.

— M. Guéniot présente un fœtus qui, entre autres malformations, a, dans le foie, deux gros kystes remplis de liquide citrin.

La vaccination obligatoire. — M. Hervieux revient sur les avantages de la vaccination obligatoire, qui est possible en France puisqu'elle l'est en Allemagne, que l'on peut imposer à la population civile puisqu'on l'impose à l'armée.

La vaccine empêche l'éclosion des épidémies; la vaccine n'agit que quand l'épidémie est développée ou en voie de développement. On peut détruire la variole par la vaccine.

La population ouvrière et celle des campagnes résisteront bien plus aux mesures d'assainissement, d'isolement et de désinfection, qu'elles ne résisteront à la vaccine.

M. Brouardel reconnaît toute l'utilité de l'isolement et de la désinfection, mais ces mesures ne suffisent pas pour tout empêcher. Dans les petites viles, dans les communes

qui n'ont pas de médecins, elles seraient impossibles. D'autre part, ce qui se passe quand on licencie une école de campagne où il y a la scarlatine nous montre ce qu'il y aurait à attendre de l'isolement; les enfants sont envoyés, qu'ils aient ou non la maladie, chez les parents de ceux qui sont déjà malades parce que les autres habitants sont aux champs.

Dans certains pays où il y a peu de vaccinations, à Douarnenez par exemple, la mortalité par variole est excessive; cette petite ville a perdu, en 1887 et 1888, 844 habitants par variole, plus dans chacune de ces années que l'Allemagne et l'Angleterre ensemble.

Si la mortalité a paru s'abaisser à Paris en même temps que s'ouvrait l'hôpital d'Aubervilliers, cela tient à ce que la dernière épidémie de variole avait, comme cela se voit toujours, conféré une certaine immunité à la population, immunité relative qui dure de huit à dix ans.

On a reproché à la vaccine de causer certains accidents. Le seul point sur lequel il y ait à répondre sérieusement est relatif à la transmission possible de la tuberculose. Or, jamais on n'a pu, par la vaccine, transmettre la tuberculose d'un animal malade à un animal sain; de plus, il serait facile ne n'employer du vaccin qu'après avoir tué l'animal vaccinifère afin de s'assurer de l'intégrité de ses organes.

L'isolement et les pratiques de la désinfection seraient bien plus attentatoires à la liberté que l'obligation de la vaccine.

La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Nocard sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : *En première ligne*, M. Weber; *en deuxième ligne*, M. Raillet; *en troisième ligne*, M. Barrier; *en quatrième ligne et ex æquo*, MM. Benjamin, Kauffmann et Mégnin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier. — Présidence de M. E. Labbé.

Sommaire : *Paralysies obstétricales des nouveau-nés.*

M. Comby : Les paralysies de la face et des membres consécutives à des manœuvres obstétricales sont bien connues depuis les travaux de Landouzy (thèse 1839), Dubois, Duchenne, Erb, Nadaud, Roulland. Ces paralysies peuvent se produire spontanément; leur cause est alors le plus ordinairement une contraction, un spasme du col utérin au moment du passage des parties fœtales, une compression de ces parties fœtales par les parois d'un bassin rétréci; mais, le plus souvent, elles sont consécutives à des manœuvres obstétricales : forceps, version, dégagement des bras, etc.

La paralysie faciale, la plus fréquente, a été longuement décrite. On l'attribuait autrefois à une compression du cerveau; Landouzy vint établir qu'il s'agissait le plus souvent d'une lésion du nerf facial; Parrot et Troisier trouvèrent, en effet, dans quelques cas un véritable écrasement du nerf avec dégénérescence wallérienne du bout périphérique.

La paralysie des membres inférieurs est beaucoup plus rare; elle dépend assez souvent d'un traumatisme de la colonne vertébrale et de la moelle (fracture, hémorrhagie), quelquefois de tractions violentes.

Quant à la paralysie des membres supérieurs, elle est moins fréquente que celle de la face, plus fréquente, au contraire, que celle des membres inférieurs. M. Comby vient d'en observer trois cas au dispensaire de la Société philanthropique. Elle est le plus souvent consécutive à une application de forceps ou à d'autres manœuvres, la version, le dégagement des épaules à l'aide d'un doigt ou d'un crochet. Dans quelques cas, elle se produit spontanément.

Duchenne avait remarqué que cette paralysie portait presque toujours sur les mêmes muscles, le deltoïde, le sous-épineux, le biceps, le coraco-brachial, le brachial antérieur. Erb démontra qu'il s'agissait d'une paralysie radiculaire et que la compression avait porté sur un point particulier du creux sus-claviculaire (point d'Erb). Ce point corres-

pond aux cinquième et sixième nerfs cervicaux, et siège immédiatement en dehors du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, au niveau du tubercule carotidien de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale.

Dans quelques cas, la paralysie radiculaire est totale et tous les muscles du membre supérieur sont intéressés.

Dans le premier des faits observés par M. Comby, il s'agit d'une petite fille qui présentait de l'œdème des quatre membres et une paralysie du membre supérieur gauche. L'accouchement avait été très laborieux; c'était une présentation de l'épaule; on avait fait la version. Il n'y avait ni fracture, ni luxation. Cette paralysie, traitée presque dès son début par la faradisation, guérit complètement en quinze jours.

Le second cas de M. Comby est fort analogue au premier : présentation de l'épaule, version, paralysie du membre supérieur gauche; de plus, l'accouchement avait été fait par la même sage-femme. Mais, ici, le traitement ne fut commencé que six semaines après la naissance et ne donna pas de résultats immédiats.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une paralysie complète des deux membres supérieurs. La mère était rachitique; elle avait déjà eu cinq grossesses, toutes terminées de la même façon : présentation du siège, asphyxie de l'enfant. Le sixième enfant, qui fait le sujet de cette observation, ne conserva la vie que grâce à des soins énergiques; mais on remarqua bientôt que ses membres supérieurs étaient paralysés : les bras étaient rapprochés du tronc et en légère rotation en dedans; les doigts étaient fléchis. L'enfant avait six mois lorsque M. Comby l'examina. La paralysie était complète, la sensibilité avait disparu; il n'y avait pas d'atrophie; la réaction électrique était nulle. Le traitement fut institué comme dans les cas précédents; mais, au bout de huit mois, les mouvements n'avaient pas reparu, le membre supérieur droit était cyanosé; il ne fallait plus garder aucun espoir. Cette diplégie brachiale était incurable, grâce à la gravité des lésions qu'avaient provoquées des tractions violentes, grâce aussi au retard apporté dans le traitement.

La pathogénie de ces paralysies est assez complexe. Roulland résume ainsi, dans sa thèse, les différents mécanismes de leur production :

1° Paralysie spontanée : compression du diamètre bis-acromial du fœtus, en dehors de toute intervention;

2° Paralysie provoquée : dans la présentation céphalique, lorsqu'une des cuillers du forceps, poussée trop loin, vient comprimer la partie latérale de la base du cou; lorsque, les épaules tardant à s'engager, on tire sur l'aisselle postérieure avec un crochet ou le doigt recourbé en crochet; enfin, dans quelques cas exceptionnels, la compression peut être produite par des circulaires du cordon ombilical autour du cou.

Dans la présentation pelvienne, lorsque, pour extraire la tête dernière, on pèse sur les épaules ou qu'on prend un point d'appui sur elles en mettant les doigts en fourche sur la nuque; lorsque, les bras étant relevés au-dessus de la tête, on cherche à les rabaisser.

Ces paralysies s'accompagnent quelquefois de phénomènes oculo-pupillaires (myosis), qui se produisent lorsqu'il y a lésion du rameau communiquant au premier nerf dorsal (Kumpke).

Le diagnostic est ordinairement facile. La paralysie d'origine cérébrale est exceptionnellement monoplégique; c'est surtout le facial inférieur qui est atteint. La paralysie infantile est rare dans les premières semaines de la vie, elle débute par de la fièvre, se localise de préférence aux membres inférieurs, et s'accompagne bientôt après d'atrophie. Enfin, les paralysies consécutives à une luxation ou à une fracture se reconnaîtront facilement par l'examen des parties et les commémoratifs.

Le pronostic varie avec le degré et l'étendue de la paralysie. Si la lésion nerveuse est profonde, il y aura dégénérescence du bout périphérique. Or, c'est sur la réaction électrique des muscles atteints que peut se baser la connaissance de l'étendue de la lésion. Quand la réaction est nulle, on doit craindre l'incurabilité.

Quant au traitement, Duchenne employait surtout les courants faradiques. M. Comby s'en est aussi servi dans les trois cas qu'il a rapportés. On peut y ajouter les frictions, le massage, les bains salés. Quelques auteurs préconisent les courants continus (10 à

15 milliampères) et appliquent le pôle positif au niveau du point d'Erb, le négatif sur les muscles paralysés (Onimus).

M. Joffroy ne partage pas l'opinion de M. Comby sur le pronostic des paralysies obstétricales, et pense qu'il aurait, sans doute, obtenu des résultats plus satisfaisants, dans les deux derniers cas qu'il a rapportés, s'il avait employé les courants galvaniques au lieu des courants faradiques. La contractilité faradique est, en effet, abolie quelques semaines après le début de la paralysie, alors que les courants galvaniques peuvent encore produire la contraction musculaire.

La faradisation ne peut servir que dans des cas très légers. Dans les cas quelque peu graves, il faut employer l'électrisation galvanique, sous forme de courants interrompus.

M. Joffroy a vu, sous l'influence d'un tel traitement, réapparaître la contractilité dans des cas où il la croyait à jamais disparue.

M. Hayem : Le pronostic doit être cependant regardé comme grave. En effet, dans un certain nombre de cas, la gravité dépend non de l'insuffisance du traitement, mais bien de l'étendue des lésions; il en était ainsi chez un petit malade que M. Hayem a observé et qui n'a pu guérir, malgré les soins éclairés d'un spécialiste compétent.

Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année scolaire 1890-1891

M. Collin : Nouvelle théorie sur le mode de production de la contusion générale. — M. Martin : Contribution à l'étude des contusions et déchirures du rein. — M. Pascal : Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie. — M. de Coquet : Des néphrites sans albuminurie. — M. de Luzaret : La résection du nerf optique (procédé de Wecker) comme traitement préventif et curatif de l'ophthalmie sympathique (migratrice). — M. Cornet : Du traitement intra-utérin et vaginal des salpingites. — M. Mongour : De la laryngectomie; indications, contre-indications, valeur thérapeutique, valeur opératoire, choix du manuel opératoire. — M. Réjou : Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins. — M. Tardos : Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre. — M. Friot : Etudes cliniques sur les aliénés dangereux, dits criminels.

FORMULAIRE

Solution contre l'hyperhydrose. — Kaposi.

Acide tannique pur........................	5 grammes.
Alcool rectifié..................................	200 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en frictions, plusieurs fois par jour, dans le cas d'hyperhydrose axillaire. Tandis que la peau est encore humide, on la saupoudre avec du talc pulvérisé. — Dans l'hyperhydrose des pieds, essuyer ces derniers avec un linge sec; pas de bains. — Saupoudrer les chaussettes avec de la crème de tartre, de l'amidon, de la poudre de talc, du lycopode ou de la poudre d'amandes. — Porter des chaussures légères. — Enfin, pour calmer les démangeaisons résultant de l'hyperhydrose généralisée, on a recours à des lavages avec des liquides alcoolisés; puis on étend sur la peau une couche d'amidon. — S'abstenir de frictions avec la glycérine, les huiles ou les pommades. — N. G.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Voici la liste des internes titulaires nommés jeudi dernier. Nous donnerons dans un prochain numéro celle des provisoires.

1. Binaud. — 2. Lepetit. — 3. Michon. — 4. Potel. — 5. Londe. — 6. Michel-Dansac. — 7. Brodier. — 8. Charcot. — 9. Cazenave. — 10. Durante. — 11. Mayet. — 12. Phulpin. — 13. Lévy. — 14. Massary. — 15. Bouglé. — 16. Glantenay. — 17. Perrin. — 18. Halipré. — 19. Bernard (Félix). — 20. Jayle. — 21. Taurin. — 22. Dudefoy. — 23. Lebon. — 24. Richerolles. — 25. Fort. — 26. Walch. — 27. Donnet. — 28. Sée. — 29. Braquehaye. — 30. Hulot. — 31. Collinet. — 32. Giresse. — 33. Malherbe. — 34. Damaye. — 35. Gervais de Rouville. — 36. Magniaux. — 37. Bernard (Gustave). — 38. Bernardbeig. — 39. Manson. — 40. Reymond. — 41. Harou. — 42. Chaillou. — 43. Péron. — 44. Poussart. — 45. Carrel. — 46. Besançon. — 47. Finot. — 48. Brésart.

— Le lundi 16 mars 1891, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1891.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 2 février 1891 jusqu'au samedi 28 du même mois, inclusivement

Choléra. — Le choléra est décidément entré dans une période de décroissance très marquée. Dans le vilayet d'Alep on n'a compté que 8 décès cholériques durant la semaine qui vient de s'écouler; dans celui d'Adana, 5 décès; dans celui de Momouret-al-Azil, 2 décès. Il n'y a eu aucun cas dans le vilayet de Diarbékir. Seul, le vilayet de Beyrouth donne un chiffre élevé de mortalité cholérique. La semaine dernière, on a constaté 109 cas, tandis qu'il n'y en avait eu que 30 la semaine précédente. A Tripoli, le choléra décroît. En somme, on peut présumer avec vraisemblance que l'épidémie disparaîtra prochainement, à moins qu'il ne se produise de ces cas imprévus avec lesquels il faut toujours compter quand il s'agit de choléra. (*Progrès méd.*)

Faculté de médecine de Toulouse. — Nous empruntons à la *Gazette des hôpitaux de Toulouse* les lignes suivantes, au sujet de la mission de la commission composée de MM. Brouardel, Bouchard et Lannelongue :

« Cette commission — qui vient de visiter la nouvelle Faculté — n'est chargée actuellement que de faire son rapport sur ce qu'elle a vu à Toulouse : l'examen des candidatures à la Faculté sera confié à d'autres membres du Conseil supérieur de l'instruction publique. C'est dire que les choses se passeront le plus correctement du monde.

« Très prochainement, l'Ecole de médecine de Toulouse aura vécu : un décret annonçant sa dissolution fixera en même temps le délai nécessaire pour que toutes les candidatures aient le temps de se produire. L'examen de ces candidatures, le rapport qui s'en suivra, et les nominations seront faites ensuite dans le moins de temps possible. Il faut que tout soit fini le 1er avril.

« Nous tenons les détails qui précèdent de M. le professeur Brouardel, qui a bien voulu se prêter à notre interview avec son amabilité accoutumée.

« Ainsi le moment est venu, Messieurs les candidats, vous êtes au dernier tournant. Le moment est venu de pondre les bouquins et les mémoires de la dernière heure, de stimuler le zèle de vos députés, de réveiller vos sénateurs endormis (ils dorment toujours !). Il n'y a personne d'appelé, mais, en revanche, tout le monde ne sera pas élu. »

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Injections sous-cutanées de sérum de sang de chien chez les tuberculeux.

Samedi dernier, 24 janvier, M. le professeur Ch. Richet a fait, dans l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, une conférence sur ce sujet. Voici comment il a été amené à employer les injections sous-cutanées de sérum de sang de chien chez les tuberculeux.

En étudiant les effets d'un microbe pathogène très énergique, le *staphylococcus pyosepticus*, il remarqua que l'injection sous-cutanée des cultures de ce microbe chez le lapin, sous la peau du ventre, amenait un œdème énorme de la peau, et la mort dans les quarante-huit heures. Au contraire, en employant les mêmes injections chez le chien, il n'obtint qu'un petit abcès au siège de l'inoculation, quelle que fût la quantité de culture injectée, quantité qu'il augmenta progressivement, jusqu'à ce qu'elle fût quinze ou vingt fois plus forte que celle qu'il injectait chez le lapin. Il put donc en conclure que le même microbe, qui produisait chez le dernier animal des effets locaux et généraux si énergiques, était pour ainsi dire sans action chez le chien; que, par conséquent, le chien était réfractaire à l'action

FEUILLETON

CAUSERIE

Dans les premiers jours de décembre arrivait au bureau télégraphique de X..., près de Kœnigsberg, la dépêche suivante :

« Von Berlin zum X... Graf von Warnischbergsky, Koch kommt künftigen Montag drei Uhr. » (Koch arrivera lundi prochain à trois heures.)

En lisant cette dépêche, l'employé du télégraphe fit un soubresaut violent : Koch, l'illustre Koch, allait arriver dans sa petite ville. Il en eut comme un éblouissement. Quel honneur pour X...! Quel bonheur pour lui, s'il pouvait voir l'éminent savant dont la découverte allait faire la fortune de l'Allemagne! L'éblouissement passé, la réflexion vint. Que faire? D'abord envoyer la dépêche à son destinataire; mais après? Evidemment, il fallait faire quelque chose; organiser une réception digne de l'hôte que la ville de X... allait avoir l'immense gloire de posséder.

« Allons trouver M. le bourgmestre ! » Et, un double de la dépêche à la main, il alla trouver M. le bourgmestre, qui, après avoir éprouvé les mêmes impressions, réunit aussitôt le Conseil municipal de la ville, leur exposa l'affaire et tous votèrent immédiatement les fonds nécessaires pour offrir à M. Koch un banquet auquel assisteraient tous les notables de la ville avec mesdames leurs épouses.

du pyosepticus, ou, en d'autres termes, qu'il possédait vis-à-vis du pyosepticus une immunité presque absolue Cela rentrait dans une règle assez générale, bien connue des pathologistes, et d'après laquelle certaines espèces animales sont réfractaires aux effets de certains microbes, tandis que d'autres sont très sensibles aux effets de ce même microbe.

Alors M. Richet se fit le raisonnement suivant : Puisque le chien est réfractaire à l'action du pyosepticus, peut-être, en injectant au lapin du sang de chien, rendrais-je également le lapin réfractaire. Mais le sang de chien injecté au lapin par transfusion intra-veineuse tua rapidement cet animal. M. Richet fit alors la transfusion intra-péritonéale du sang de chien au lapin. Cette transfusion n'a pas, comme l'autre, l'inconvénient de lancer une grande quantité de sang à la fois dans l'économie, le sang n'étant absorbé que lentement par le péritoine et, par suite, de produire chez le lapin les phénomènes d'intoxication déterminés par l'injection intra-veineuse. Or, voici ce qui arriva : Les lapins auxquels on injecta du sang de chien dans le péritoine, en prenant toutes les précautions antiseptiques, survécurent à l'injection; plus tard, on leur injecta les cultures de pyosepticus, en même temps qu'on injectait les mêmes quantités à des lapins témoins, n'ayant pas été injectés avec le sang de chien. Or, tandis que les lapins injectés avec le sang de chien résistaient parfaitement à l'action du pyosepticus, comme les chiens eux-mêmes, les lapins témoins mouraient en quarante-huit heures, en présentant les phénomènes locaux et généraux décrits plus haut.

Donc, l'injection du sang d'un animal réfractaire au pyosepticus chez un animal très sensible à ce microbe rendait ce dernier animal réfractaire au pyosepticus. (Voir *Arch. de méd. expér.*, 1er sept. 1889, p. 673.)

Ce premier point établi, M. Richet en vint à penser que l'injection du sang d'un animal réfractaire à la tuberculose, chez un autre animal devenant facilement tuberculeux, pourrait également rendre ce dernier réfractaire à la tuberculose. Or, le chien est aussi très réfractaire à la

---

Au jour dit, toute la ville était pavoisée; les pompiers sous les armes, et, musique en tête, ainsi que les tambours et les clairons, le régiment, je veux dire pompiers, Conseil municipal, notables et non notables, se rendirent à la gare, pavoisée également de mille drapeaux. Il n'y avait pas de fleurs, et pour cause, mais on avait fait un arc de triomphe avec deux énormes sapins qui devaient servir plus tard d'arbres de Noël.

Quelques minutes avant l'arrivée du train, une sorte d'omnibus de famille, renfermant le majordome de M. le comte de Warnischbergsky, vint se ranger devant la gare. Les notables et la foule s'étonnèrent bien un peu de ne pas voir la grande calèche de M. le comte attelée des plus beaux chevaux de M. le comte; mais, comme tout ce que M. le comte fait est bien fait, on pensa qu'il avait ses raisons pour agir ainsi. Du reste, on ne fit pas de longues réflexions à ce sujet; le train, exact comme tous les trains allemands (ô trains français, quelle honte pour vous!) arrivait à l'heure indiquée, sans une seconde d'avance ni de retard.

Personne ne connaissant M. Koch, on était bien un peu embarrassé pour savoir comment voir auquel des voyageurs on devait adresser ses hommages. Alors M. le bourgmestre eut un trait de génie : « Acclamons, dit-il à son Conseil municipal, tous les voyageurs qui sortiront de la gare, et nous verrons bien lequel répondra au nom de Koch! » Ainsi dit, ainsi fait. Dès que la porte s'ouvrit, M. le bourgmestre et MM. les conseillers municipaux s'écrièrent, comme savent crier les Allemands : « Hoch! Koch! Hoch! Koch! » cri qui fut universellement répété par la foule.

Par malheur, la première personne qui sortit était une jeune et jolie petite femme

tuberculose, tandis que le lapin la contracte très facilement. M. Richet fit donc sur les lapins les expériences suivantes :

Un lot de dix lapins fut traité par les injections intra-péritonéales de sang de chien, puis par les injections de culture de tuberculose; un autre lot de dix lapins, servant de témoins, fut inoculé avec la tuberculose sans avoir reçu du sang de chien. Or, en prenant le poids des lapins des deux séries, on vit qu'au bout de trois mois, les lapins transfusés avaient augmenté de poids, étaient gras, en bon point, comestibles, tandis que ceux de l'autre série avaient beaucoup diminué, étaient maigres, squelettiques; quelques-uns même de cette série étaient morts tuberculeux. Mais, chose curieuse, au bout de six mois, les survivants des deux séries étaient tous tuberculeux et dans le même état apparent; ceux de la première série avaient maigri, ceux de la seconde série avaient repris un peu de graisse. En résumé, la transfusion intra-péritonéale de sang de chien avait retardé l'évolution de la tuberculose chez le lapin, mais ne l'avait pas empêchée. (*Études expérim. et clin. sur la tuberculose*, fasc. 4, p. 381.)

Il faut faire remarquer, toutefois, qu'on n'avait fait qu'une seule transfusion, et qu'on aurait pu prolonger peut-être indéfiniment la période de retard si on avait fait d'autres transfusions successives.

M. Richet a songé à transporter ces expériences chez l'homme, mais en modifiant le *modus agendi*. Il ne fallait pas songer à injecter du sang de chien dans le péritoine, mais dans le tissu cellulaire, terrain moins dangereux. De plus, au lieu d'injecter le sang entier, globules, fibrine et sérum, ce qui aurait formé un caillot long à résorber, on songea à n'injecter que le sérum; en effet, on sait maintenant que la partie vraiment utile du sang ne réside pas dans les globules, mais dans le sérum; les globules comme la fibrine, introduits dans le tissu cellulaire, y jouent simplement le rôle de corps étrangers. Au contraire, le sérum se résorbe facilement. Mais il fallait se le procurer à l'état de pureté, à l'abri de toute chance d'infection. Voici comment on procède :

Un chien étant lié sur une table à expérience, on met à nu la carotide,

---

blonde, suivie de près par un homme jeune et élégant portant une valise. La jeune dame, effrayée de ces cris, se rejeta en arrière et tomba dans les bras du jeune homme en se voilant la face. C'étaient deux jeunes mariés en voyage de noces, recherchant la solitude et le calme, et qui n'osaient plus sortir au milieu de tout ce monde. Un immense éclat de rire, parti de la foule, n'eut d'autre résultat que de leur faire tourner les talons; ils entrèrent dans la salle d'attente, laissant à de plus braves et à de plus... mariés le soin d'affronter ces clameurs et ces rires.

Un flot de voyageurs sortit et les « Hoch! Koch! » recommencèrent de plus belle. Fort intrigués, les voyageurs regardaient la foule, les deux sapins, se regardaient les uns les autres, rassemblaient leurs bagages, et partaient, sans avoir l'air de prendre pour eux ces acclamations. Enfin parut sur le seuil de la porte de sortie un homme de taille moyenne, à large face rouge toute souriante, l'abdomen proéminent, n'ayant rien d'un savant, pas même les lunettes, et qui, ôtant un chapeau de voyage en feutre mou, salua à plusieurs reprises, paraissant tout embarrassé de sa personne. Plus de doute, c'était lui! M. le bourgmestre fit un signe à M. le chef de musique, qui fit un signe à ses musiciens, qui jouèrent l'hymne national. Après quoi, M. le bourgmestre, sérieux et digne, s'avança a la tête du Conseil municipal vers le voyageur et lui exprima, en quelques mots bien sentis, combien la ville de X... était honorée, flattée, etc., de recevoir dans ses murs l'illustre M. le professeur Koch.

L'interpellé voulut répondre, mais les cris de : « Hoch! Koch! » reprirent de plus belle; il dut attendre qu'ils fussent finis. Mais comme c'était un joyeux compère, à ce

avec toutes les précautions antiseptiques possibles ; on place une ligature sur le bout supérieur, une pince sur le bout inférieur et on coupe l'artère entre les deux; dans le bout inférieur, on introduit un tube de verre aseptique, réuni à un tube de caoutchouc dont on introduit l'autre extrémité dans un ballon de Pasteur stérilisé et bouché à l'ouate. Ceci fait, on retire la pince qui bouche le bout inférieur et on laisse le sang parvenir dans le ballon jusqu'à ce qu'il soit à peu près rempli. On arrête le sang avec la pince, on ferme le ballon à l'ouate et on remplit de même un second ballon, et ainsi de suite. Pour avoir le sérum, il suffit de laisser reposer le sang pendant vingt-quatre heures ; les globules et la fibrine se réunissent au fond et le sérum surnage.

Pour ne pas être obligé de tuer un chien à chaque injection, ou de sacrifier un ballon, M. Richet a fabriqué de petites ampoules dont chacune suffit pour une et même deux injections. Elles sont ovales, allongées, et terminées à chaque extrémité par un tube effilé. Pour les remplir, on plonge un des tubes dans le sérum du ballon, et on aspire par l'autre tube. Dès que l'ampoule est pleine, on ferme les deux tubes à la lampe. Pour s'assurer que le sérum est tout à fait stérile, on met les ampoules pendant quarante-huit heures à l'étuve; si, au bout de ce temps, le sérum reste limpide, on conserve les ampoules; s'il se trouble, on les jette.

Lorsqu'on veut faire l'injection de sérum, on casse les deux extrémités effilées, et on remplit une seringue de Pravaz ou de Roux, etc. ; on injecte ainsi un ou deux centimètres cubes dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme pour une injection de morphine, tous les trois ou quatre jours.

Ces injections ont déjà été faites depuis six semaines environ sur une cinquantaine de malades, par MM. Langlois, Héricourt, Saint-Hilaire, dans divers services hospitaliers ; M. Ch. Richet se contente d'annoncer que les résultats obtenus l'encouragent à continuer l'expérimentation. En tout cas, il n'y eut jamais d'accident, ni local, ni général ; ni fièvre, ni syncope, etc., comme avec la trop fameuse lymphe allemande. L'injection de sérum de sang de chien est absolument inoffensive; c'est là le seul point sur lequel

---

qu'il paraît, il se mit à rire, à rire, tant et si bien qu'il riait encore lorsque les « Koch ! Koch ! » étaient terminés depuis longtemps.

Enfin le majordome de M. le comte, las d'attendre son voyageur, fendit la foule et put arriver, non sans peine, jusqu'à lui : « Sind sie nicht der Koch den der Herr Graf erwartet ? » (— Ne seriez-vous pas le cuisinier que M. le comte de Warnischbergsky attend ?) lui demanda-t-il. — Parfaitement, enchanté de faire votre connaissance. « Aber varum all dieses Volk für einen armen Koch ? » (Mais pourquoi tout ce monde pour un pauvre cuisinier ?)

L'air de désappointement, de dépit qui parut sur le visage du bourgmestre et des personnes voisines se chargea de lui répondre. « Ce n'est pas M. le professeur Koch, dit M. le bourgmestre à son adjoint, c'est un cuisinier ! » (Es ist der Herr professor Koch nicht, es ist ein Koch !)

Et tout le monde de répéter avec stupéfaction : « Es ist ein Koch ! »

Que s'était-il donc passé ? Tout simplement ceci : M. le comte de Warnischbergsky, ayant besoin d'un cuisinier, avait écrit à un de ses amis de lui en envoyer un de Berlin. Le cuisinier trouvé, l'ami télégraphia à M. le comte l'heure de son arrivée. Le télégraphiste, trompé par le mot Koch (cuisinier), crut qu'il s'agissait de l'éminent bactériologiste que vous savez, et dont tout le monde parlait, même les télégraphistes des environs de Kœnigsberg. De cette erreur naquit la mésaventure que je viens d'avoir l'honneur de vous raconter, et que chacun expliquait à sa façon, dans la cour de la gare de la petite ville de X...

il veuille insister. Comme il est logique de l'essayer dans le traitement des tuberculeux, d'après les résultats obtenus chez les lapins tuberculisés, il prie les médecins des hôpitaux de l'essayer sur leurs malades, auxquels il est sûr, sinon d'apporter la guérison, du moins de ne faire courir aucun danger. C'est tout ce qu'on peut demander à un moyen thérapeutique dont on ne connaît pas encore la valeur.

Sans s'arrêter trop aux hypothèses qu'on pourrait émettre sur le mode d'action du sérum de chien chez les tuberculeux, M. Richet pense que le sang de chien contient des substances qui passent dans les tissus des tuberculeux et qui, par leur action chimique propre, s'opposent au développement du bacille.

M. Verneuil a ajouté quelques mots pour faire remarquer l'ingéniosité des expériences de M. Richet, la logique avec laquelle elles avaient été conduites, les espérances qu'on était en droit de fonder sur elles, l'innocuité des injections sous-cutanées de sérum, comparées à la transfusion intra-veineuse, etc. Il s'est déclaré prêt à pratiquer sur ses malades, les injections que les élèves de M. Richet avaient déjà faites sur l'homme, et, séance tenante, une injection d'un centimètre cube a été pratiquée par M. Clado, chef de clinique, sur un des malades du service. Ce malade, chétif, de petite taille, émacié, portant une fistule pleurale datant de plusieurs années et ayant résisté à tous les traitements, même à la résection costale, est dans les plus mauvaises conditions; il pèse 36 kilogrammes malgré son âge (25 ans environ) tellement il est maigre.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette intéressante question.

L.-H. PETIT.

Syphilis des poumons. — Pneumonies et pleurites syphilitiques (1).

Par M. le docteur E. LANCEREAUX.

Etude symptomatique. — Les lésions syphilitiques des poumons peuvent

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Pendant ce temps-là, M. le cuisinier filait avec M. le majordome vers le château de M. le comte.

Mais le banquet préparé, qui le mangerait? Mon Dieu, tous les souscripteurs se rendirent dans la salle et s'offrirent à eux-mêmes le banquet, qu'ils mangèrent tristement d'abord, puis de plus en plus gaiement, à mesure que les mets et les vins généreux s'engouffraient dans leur estomac. Au dessert, un toast fut porté à l'absent, à l'illustre absent, cause involontaire de tout ce bruit. Mais ce ne fut pas beaucoup de bruit pour rien, car après le banquet il y eut la carte à payer, puis... une exécution.

En effet, le malheureux employé du télégraphe fut révoqué pour avoir manqué gravement au secret professionnel. Ça lui apprendra!

* * *

Tout ce qu'on a dit en France de la lymphe de M. Koch et de ses méfaits n'approche pas de l'opinion très sévère exprimée par M. le professeur Semmola, de Naples, sur cette vaste fumisterie. Voici, d'après le *Bulletin Médical,* le résumé d'une leçon du savant professeur italien sur ce sujet :

« La lymphe mystérieuse est du nombre des miracles de l'expérimentation, qu'actuellement l'on transporte d'un cœur léger du laboratoire à l'hôpital. Koch affirme l'action élective sur le tissu tuberculeux, je ne la discuterai pas, je veux la tenir pour démontrée; mais ce qu'il faudrait atteindre, ce sont les phénomènes de la période prétubercu-

échapper à l'attention du médecin le plus instruit, cela ressort de la description anatomique que nous en avons donnée. Effectivement, la sclérose spécifique, ou même la lésion gommeuse des poumons sans aucune dilatation bronchique, est loin de produire toujours des phénomènes physiques bien manifestes. Leur existence, dans certains cas, s'accuse uniquement par un léger degré de submatité à la percussion et de faiblesse du murmure vésiculaire à l'auscultation. Ces phénomènes s'accentuent lorsque les lésions spécifiques viennent à s'étendre, et il peut s'y ajouter des souffles circonscrits, isolés ou accompagnés de râles. Ceux-ci, toutefois, ne se rencontrent qu'autant que les bronches participent directement ou indirectement au processus syphilitique. Le thorax tend à se rétrécir dans quelques cas, mais ce phénomène est commun à tant de désordres qu'il reste pour ainsi dire sans valeur. En somme, la sclérose syphilitique des poumons se traduit par un très petit nombre de signes, si elle n'est accompagnée de désordres bronchiques.

Les lésions gommeuses donnent lieu à des phénomènes tout d'abord peu accentués et peu différents de ceux dont il vient d'être fait mention : diminution de l'élasticité à la percussion, diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation, plus rarement à des bruits de souffle ou de frottement. Toutefois, lorsque les gommes ramollies parviennent à se vider dans les bronches et à produire des excavations d'étendue variable, les phénomènes d'auscultation changent de caractère et se révèlent par des signes cavitaires qui n'ont de particulier que leur circonscription et leur siège vers les parties moyennes ou inférieures des poumons. A cette phase, sans doute, doit se rapporter la mention faite par Astruc et quelques autres auteurs du dernier siècle, de vomiques consécutives à la présence de tumeurs gommeuses suppurées et d'abcès dans les poumons, quoique la suppuration soit chose exceptionnelle et purement accidentelle dans les lésions syphilitiques de ces organes, comme, du reste, dans toute autre lésion de même nature.

Une toux, d'abord sèche et plus tard humide, opiniâtre et parfois quin-

leuse; ce qu'il faudrait modifier, c'est la prédisposition à la tuberculose. Or, la lymphe ne le peut pas. Nous savons aussi qu'elle ne tue pas le bacille et qu'elle ne rend pas le terrain impropre à le nourrir. Tout cela, je l'ai dit et écrit dès son apparition, malgré l'enthousiasme naïf des uns et intéressé des autres... Je bannis une substance qui, pour une action bienfaisante, commence par produire des phénomènes toxiques très dangereux... et tel est probablement le produit qu'un empereur a voulu tenir secret, pour en garder le monopole, comme un agent de sa politique. Disons la vérité : les recherches du savant berlinois nous ont dotés d'un poison terrible, tiré probablement de ces ptomaïnes dont la découverte a immortalisé le grand Selmi, notre compatriote, qui mourut du crève-cœur que lui causèrent les injustices gouvernementales.

« Je sais bien qu'on a dit que peut-être un tel poison pourrait favoriser le phagocytisme. Voilà qui semble digne des romans de Silvius, de Le Boë et de Van Helmont, et ceux qui parlent ainsi ne seront jamais des cliniciens ! N'a-t-on pas vu la douloureuse invasion des antipyrétiques et antithermiques de laboratoire, qui depuis 1881 ont fait tant de victimes et dont au premier coup d'œil j'avais deviné l'impuissance? Et comment supposer qu'un alcaloïde agira en quelques heures quand il faut tant d'années pour modifier une diathèse, la syphilis constitutionnelle par exemple? Il faudrait, ce que je souhaiterais de tout mon cœur, que la nature suspendît pour une fois ses lois.

« Si Koch croit que sa lymphe a une action élective, il aurait dû se borner à l'annoncer (ce qui eût été plus scientifique et plus humain) et dire simplement, ce qui était vrai : « Je rends les cobayes réfractaires à la tuberculose; » mais ces cobayes étaient sains et

teuse, de la dyspnée, de l'oppression et une expectoration muco-purulente, tels sont les désordres fonctionnels observés en pareil cas. A ces désordres s'ajoute parfois une hémoptysie dans laquelle le sang, presque toujours mélangé aux crachats, provient de l'altération avec dilatation bronchique concomitante. Aucun de ces phénomènes ne présente de caractère spécifique, mais il faut reconnaître que l'examen de la matière expectorée qui met à même de distinguer le bacille tuberculeux peut avoir ici une grande importance. Dans quelques rares circonstances, il existe un bruit de frottement et, plus tard, un retrait du thorax.

La fièvre fait défaut dans la syphilis des poumons comme dans toute autre manifestation de même nature, à moins de complications ulcéreuses ou suppuratives du parenchyme ou des bronches, et nous savons que ces complications sont des plus rares. Quelques auteurs prétendent l'avoir notée, mais je doute qu'ils aient été en présence d'une lésion syphilitique; aussi m'est-il difficile d'admettre, avec Landrieux, que ce symptôme soit plus commun dans la pneumonite diffuse que dans la pneumonite gommeuse. Le faciès du malade est ordinairement pâle, mais non grisâtre ou terreux comme dans la tuberculose. L'amaigrissement est peu considérable, excepté dans quelques circonstances où le foie et la rate participent avec les poumons au processus syphilitique. Alors il peut se produire un amaigrissement sensible, avec décoloration des téguments, léger œdème des membres inférieurs et tout l'ensemble symptomatique désigné sous le nom de cachexie. Notons la persistance de ces accidents, alors même que les changements survenus dans les signes stéthoscopiques permettent de supposer la cicatrisation des cavernes et la guérison de l'affection pulmonaire.

La sclérose syphilitique des poumons, après une marche ascensionnelle toujours lente, reste dans un état stationnaire pendant un certain temps, après quoi elle finit par amener le retrait du thorax avec ou sans les phénomènes d'une dilatation bronchique. Quant aux lésions gommeuses, elles présentent les trois phases de crudité, de ramollissement, d'élimination et

---

ils n'avaient pas à compter avec la *prédisposition tuberculeuse*. Là est le nœud gordien. S'il avait raisonné avec cette franchise et cette logique, nous n'aurions pas eu à enregistrer les grands accidents et les morts qui ont fait mentir la médecine à son premier précepte : *Ne noceat !* On a joué avec la vie des malades ! On a mis en jeu un poison certain pour un soulagement problématique. Si nos maîtres d'il y a trente ans voyaient le prétendu progrès, eux qui avaient le cœur bien placé, ils rougiraient de certains de eurs descendants.

« Ma conclusion est la suivante : Koch a trouvé un poison terrible, mais n'a trouvé aucun remède. Les historiens *ad usum Delphini* de la première heure ont mystifié le public. On a guéri des lupus, c'est possible, mais ce n'est même pas bien démontré, et tout porte à croire que de ces miracles *in vitro* du bactériologiste berlinois, il restera beaucoup de victimes et pas un guéri ! »

Voilà qui est dur, adressé à un Prussien par un Italien. Qui donc nous disait que tous les Italiens étaient fanatiques de la triple alliance ? Il paraît cependant que cela ne les empêche pas de dire à l'occasion ce qu'ils pensent des Berlinois.

* * *

Réflexions d'un goutteux, cloué dans son fauteuil, sur le temps présent : Le temps présent ressemble à un abcès ossifluent abandonné à lui-même. L'abcès se forme, la température s'élève. L'abcès s'ouvre, alors vient une accalmie, la température baisse;

de cicatrisation déjà notées pour les gommes des autres organes, et à chacune de ces phases correspondent nécessairement des signes stéthoscopiques différents.

La durée de ces lésions est fort longue et cette circonstance vient quelquefois en aide au diagnostic, car elle permet d'éliminer la tuberculose et toute autre lésion à évolution rapide. Leur terminaison est le plus souvent heureuse, lorsqu'on parvient à les reconnaître assez tôt: elle le serait plus souvent encore si, à cette période de la syphilis, les lésions des viscères abdominaux n'entraînaient habituellement la cachexie et le marasme.

Le diagnostic de la syphilis des poumons est fort difficile, tant à cause des lésions tuberculeuses qui s'y rencontrent que de la similitude de ces lésions avec la gomme; aussi, la plupart du temps, ne peut-il être posé avec une certitude absolue. Les signes physiques tirés de l'examen des poumons, la dyspnée, la toux, l'expectoration même, n'ont rien de caractéristique, en sorte que les éléments sur lesquels peut s'appuyer le médecin sont, à côté des désordres concomitants, le siège, la circonscription des lésions et surtout son évolution.

Les antécédents pathologiques indiquent une possibilité et non une réalité, ils ne sauraient suffire, et l'on doit se défier tout particulièrement de l'adage *post hoc, ergo propter hoc.* La constatation d'une lésion limitée à la partie moyenne ou inférieure du poumon accompagnée d'une toux d'abord sèche, plus tard muqueuse ou muco-purulente, sans autres signes à l'auscultation qu'une faiblesse du murmure vésiculaire, et sans aucune réaction fébrile, doit porter le médecin à soupçonner un désordre syphilitique, et ce soupçon deviendra presque une réalité si cette altération offre une marche lente et insidieuse. Les vomiques, dont parle Astruc, sont ici des accidents rares, car les gommes ne suppurent pas plus dans les poumons qu'ailleurs, elles se transforment et sont d'ordinaire résorbées sur place. Les adhérences à la paroi thoracique, si communes dans la syphilis pulmonaire, appartiennent à un si grand nombre de lésions, qu'elles ne peuvent être d'un grand secours.

---

puis le trou se bouche, le pus remplit l'abcès et la température s'élève encore; mais bientôt la poche s'ouvre de nouveau, le pus s'écoule, la température s'abaisse et le calme revient encore une fois. Et ainsi de suite.

Les variations du temps présent sont analogues à celles de cet abcès, sauf que c'est tout le contraire : La température baisse, il fait très froid ; le temps se couvre, il neige, la température se relève; la neige fond, le temps redevient beau; puis la température baisse de nouveau, malgré le soleil; au bout de quelques jours, le ciel se couvre encore, la neige tombe, la température se relève, etc. La chute de la neige est l'analogue de l'ouverture de l'abcès; mais tandis que celle-ci est précédée d'une élévation et suivie d'une chute de la température, la neige est précédée d'un abaissement et suivie d'une élévation de ladite température.

SIMPLISSIME.

MIXTURE ANTIGASTRALGIQUE. — Dujardin-Beaumetz.

Eau chloroformée saturée	150	grammes.
Hydrolat de fleurs d'oranger	140	—
Teinture de badiane	10	—

Mêlez. — Une cuillerée à soupe de quart en quart d'heure, au moment des crises douloureuses. — N. G.

La connaissance de toutes ces difficultés nous laisse froid, en présence des nombreux cas de syphilis pulmonaire et de phthisie syphilitique rapportés dans les recueils scientifiques et qui reposent sur des coïncidences, sinon sur une amélioration douteuse, à la suite d'un traitement mercuriel ou ioduré, comme si ce traitement ne s'adressait qu'à la syphilis, et comme si un grand nombre de désordres pulmonaires, des lésions tuberculeuses même ne pouvaient s'améliorer ou disparaître spontanément. Ces données sont donc insuffisantes; il en faut de plus sérieuses pour établir l'existence de la syphilis des poumons, car, même en tenant compte, comme nous venons de le faire, des caractères tirés de la connaissance de la lésion syphilitique, le médecin peut difficilement arriver à porter un diagnostic d'une certitude absolue.

Nous ne nous donnerons donc pas la peine de réfuter les auteurs qui, ne s'appuyant sur aucun caractère clinique ou anatomo-pathologique, parlent de phthisie syphilitique, ne comprenant pas que ce terme vague ne peut plus être accepté, depuis les connaissances précises que nous avons des lésions syphilitiques.

Quant aux médecins (1) qui attribuent à la présence de masses syphilitiques caséifiées, le développement de certaines tuberculoses pulmonaires, nous leur demanderons de prouver ce qu'ils avancent, s'ils veulent nous convaincre.

La tuberculose, à cause de la ressemblance de ses produits avec ceux de la syphilis, prête facilement à l'erreur. Localisée dans les poumons, elle se distingue néanmoins par sa localisation aux sommets, son extension progressive, le ramollissement rapide de sa lésion et une expectoration spéciale renfermant des bacilles. Ces signes différencient nettement les deux maladies, et, par conséquent, la syphilis des poumons ne doit être admise que s'ils n'existent pas, car nous croyons peu à son influence sur le développement de la tuberculose.

Les phénomènes propres aux lésions lépreuses se distinguent, indépendamment des commémoratifs, par leur évolution et par la possibilité de trouver le bacille de la lèpre dans les crachats. La sclérose pulmonaire liée à l'impaludisme est plus difficile à reconnaître pendant la vie, et il n'est guère possible, si on ne tient compte des antécédents syphilitiques morbides, de la distinguer des accidents syphilitiques du poumon. Cette sclérose pourtant offre, en général, une matité uniforme plus absolue, plus étendue que celle qui résulte de l'altération syphilitique, et dans quelques circonstances, elle devient comme je l'ai vue, le point de départ d'accidents d'infection septicémique (Voyez : *Mémoire d'anatomie path.* Paris, 1863, et *Atlas d'anat. path.* Texte, p. 295). La simple dilatation bronchique enfin, serait facilement confondue avec la syphilis pulmonaire, si elle ne s'accompagnait le plus souvent d'une fétidité toute particulière des crachats, exceptionnelle dans le cours des manifestations spécifiques du poumon.

Toujours limitées à une partie du parenchyme, les lésions syphilitiques des poumons dont la tendance est d'être peu à peu résorbées, au fur et à mesure de leur transformation, sont peu graves, beaucoup moins que les lésions des voies aériennes. Toutefois, leur coexistence habituelle avec d'autres désordres de même ordre, leur apparition à une période avancée de

(1) Voyez : J.-F. Goodhard, *Two cases of tubercle of the lung, spreading from yellow elastic nodules in the lung* (Gummata. Trans. of the path. Soc. London, 1879, XXX, 233).

l'évolution syphilitique, à un moment où l'organisme est déjà débilité, ne sont pas toujours sans inspirer certaines inquiétudes qui résultent surtout de la prédisposition à la pneumonie ou la broncho-pneumonie créée par cette situation.

Le traitement ne diffère pas de celui de toutes les manifestations syphilitiques; les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à haute dose sont incontestablement les moyens thérapeutiques les plus efficaces. L'emploi de ces moyens devra être continué au moins autant de temps que l'affection pulmonaire aura mis à disparaître.

BIBLIOTHÈQUE

Technique élémentaire de bactériologie, par le docteur J.-C. Salomonsen, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Copenhague, traduit sur la 2e édition par le docteur Durand-Fardel. — Paris, Rueff et Cie.

Le traité de technique du docteur Salomonsen se distingue des nombreux manuels publiés sur ce sujet par son caractère essentiellement pratique. Cet ouvrage, qui s'adresse particulièrement aux médecins disposés à faire les recherches courantes de bactériologie tout en ne disposant pas d'un outillage considérable, pourra souvent être utile aux hommes de laboratoire en les aidant à tourner certaines difficultés de la pratique. L'esprit de méthode de M. Salomonsen, son style serré et concis, très fidèlement rendu par le docteur Durand-Fardel, lui ont permis de rendre compréhensibles aux élèves et aux médecins les questions les plus délicates de la bactériologie et expliquent le succès mérité qu'a eu son ouvrage au Danemark et aux Etats-Unis.

REVUE DES JOURNAUX

Troubles visuels après l'influenza, par Landesberg (*Annales d'oculistique*, 1890, septembre et octobre). — Il s'agit de deux cas où il y eut paralysie des fibres optiques : pour l'un, dans leur ensemble; pour l'autre, dans leurs faisceaux centraux. Le processus était rétrobulbaire dans les deux cas; limité aux fibres de la macula dans le second. Dans le premier, il s'agissait probablement d'une périnévrite diffuse du tronc optique. — P. N.

Paralysie périodique du facial et de l'abducteur, par Nieden (*Annales d'oculistique*, septembre et octobre 1890). — Chez une femme de 36 ans, bien portante (aucun symptôme de syphilis ou de maladie infectieuse quelconque), se produisent des paralysies de nerfs cérébraux, à des intervalles fort longs au début (trois ans), mais de plus en plus rapprochés. Deux fois, elles atteignent le nerf facial d'un même côté, le nerf abducteur ne participant qu'une fois à la maladie de ce même côté. La guérison complète après chaque atteinte permet d'exclure la paralysie bulbaire. Il s'agit probablement d'un processus d'exsudation dans la région nucléaire du quatrième ventricule, qui n'a pas abouti à des lésions durables de la substance médullaire et dont les produits sont venus à résorption. D'autre part, Nieden admet que ce processus est venu de la profondeur vers la surface du plancher du quatrième ventricule. — P. N.

COURRIER

Internat et externat des hôpitaux de Paris. — Voici la liste des internes provisoires reçus, après les titulaires dont nous avons donné les noms :

MM.

1. Martin (Albert), Lautzenberg, Daudet, Letoux, Longuet, Danseux, Bodin, Diaz,

Jacquinet, Chabory, Guépin, Floersheim, Héan, Meslay, Courteix, Morin, Isidor, Touche, Follet, Riche.

21. Binot (Jean), Trékaki, Bois, Meunier (Henri), Vaudremer, Demantké, Banzet, Lévy (Emile), Raffray, Mme Bonnier, Galpin, Maupaté, Emerit, d'Hotman de Villiers, Fiquet, Fournier, Prieur, Grilhaut-Desfontaines, Ozanon, Diriart.

41. Auclair, Navarro, Dutournier, Escat, Condamy, Gelly, Steeg, Mangin-Bocquet, Marmasse, Benoit (Ch.), Dauriac, Malbec, Magdelaine, Mège, Duvivier, Mirallié.

Liste des externes. — MM.

1. Baudet, Boquel, Terrien, Robineau, Chauveau, Dujarrier, Jolly (Justin), Savariod, Combes d'Angers, Long, Martin (Ch.), Thoumire, Dominici, Lapeyre (Louis), Blanc, Brouardel, Daguillon, Deneux, Du Mesnil, Fauvel.

21. Guinard, Hardel, Sourdille, Hemery, Lerai, Martin (Henri), Miquet, Papillon (Gustave), Binot, Chapt, Durante, Gallé-Duplessis, Giresse, Houzé, Walsch, Hardouin, Cavasse, Luys, Mittetal.

41. De Oliveira, Schmid, Brindeau, Latruffe, Roland, Rudeaux, Crouzet, Hepp, Chabory, Collinet, Lantzenberg, Lenoble, De Massary, Meslay, Saquet, Bauzet, Vaudremer, Caye, Cotta, Fauvelle.

61. Leblanc, Le Dard, Lévy (Moïse), Mary (René), Veveux, Baron, Casamayor, Catumeanu, Differdange, Granguillot, Husson, Lenoir, Rabé, Anghelesco, Flandrin, Levis, Thomas (Jean), Clavery, Nordmann, Baraduc.

81. Condamy, Demantké, Finet, Montbouran, Radiguet, Mlle Kohan, Malbec, Gervais de Rouville, Levi (Léopold), Meunier, Aschkinari, Baldet, Boudeau, Bruyère, Chantier, Grosjean, Guérineau, Guillemot, Letorey, Millet (Charles).

101. Chastanet, Delamarre, Etchepare, Gibert, Plantier, Robineau, Hermary, Villatte de Penfeilhoux, Barut, Guillemin, Mlle Leclerc, Angerant, Gellé, Piaget, Renard, Théry, Zuber, Staicovitz, Delansorne, Dolbeau.

121. Farabeuf, Poux, Prévost (Ch.), Vauverts, Bartoli, Carnot, Charnaux, De Combes, Desveaux, Lefilliatre, Lesimple, Meslier, Mourlot, Saint-Martin, Tucker, Watteau, Mlle de Lesly, Foubert, Jacob, Moundlic.

141. Poix, Wonoroff, Guerlain, Moreau, Gourrichon, Boissier, Brunet, Didsbury, Petit (Clément), Plicot, Ravet, Durville, Nogué, Chaillou, Lévy (Samuel), Behr, Cartier, Audrain, Baudrée, Berg.

161. Bonamy, Caboche, Delabosc, Douriez, Dreyer-Dufer, Fays, Gentilhomme, Jacobsoh, Oppenot, Pasteau, Roger, Wintrebert, Comte, Mlle Gorvitz, Hamant, Monteiro, Page, Auclair, Bournhouet, Lavergne.

181. Sabatier, Mlle Zletowska, Villiers, Bouchacourt, Corbière, Gesland, Lefèvre, Le Juge de Segray, Magdelaine, Lemariex, Ozanon, Stojanovitz, Vintrebert (Paul), Bruneau, Fusch, Keller, Lachouille, Le Comte, Le Fournier, Leroy.

201. Maggiar, Millienne, Patay, Mlle Peltier, Tanguy, Trastour. Coquet, Cougnot, Delaroche, Fosse, Guérin, Maugé, Riche, Tainturier, Trinité, Meyer, Faure, Herzenberg, Millet (Georges), Petit (René).

221. Baussenat, Courtey, Laforest, Rouquès, Trénel, Dedieu, Iscovesco, Carrel, Alliot, Bernard, Bigeard, Bobier, Bourgeois, Choisnet, Flammarion, Kaminer, Manesse, Simon, Aubry (Em.), Fialon.

241. Martin (Ch.), Thibaud, Bruyer, Monscourt, Paquet, Derome, Cachan, Duchemin, de Marchena, Gorgescu Carpatianu, Ceru, Hopenhendler, Lardeux, Partenay, Mlle Scheinzist, Spaletta, Bastard, Delthil, Faitout, Le Masson.

261. Michalidès, Altman, Barbier, Bonnet, Joly (Stéphane), Renon, Rémond, Nissim, Mlle Hœltzel, Kortz, Luton, Iliesco, Combalat, Dos Santos, Markovitch, Brin, Clamouse, Lucas, Mlle Pasternak, Kassal.

281. Lagnoux, Wolff, Manheimer, Béal, Peyré, Jay, Djelalian, de Fayard, Changeux, Diniz, Gillé, Pecker, Potelet, Vernhes, Golesceanu, Tonnelier, Foucard, Darzens, Larreux, Dufour.

301. Bergeron, Bouquet, Cosmabey, Hugonnet, Chaumier, Chevillot, Gay, Mory, Martin (Jean), Prévost (René), Rosenblat, Durrieux, Gerson, Gotchaux, Hulmann, Barbellion, Lenief, Lévy (Henri), Maugery, Carra.

321. Poirson, Ratignié, Barbary, Fontoynont, Delbecque, Hardiviller, Schtein, Guay, Sicard, Bacquelin, Debains, Pinesse, Souesme, Thomas (Joseph), Paté, Derrien, Monsarrat, Durand, Siftlet, Virey.

341. Normand, Grasset, Rosenbaum, Lauzeral, Marie (Auguste), Tisserand, Pachabezian, Aubry (Justin), Chatenay, Van Bergen, Vic, Cuéno, Sebileau, Grumberg, Ghazarossian, Harlez, Lesné, Angot, Relle, Vanderhagen.

361. Balli, Hagopow, Laffaille, Pressat, Delisle, Gayman, Girard, Vié, Mme Pommeret.

Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement. — Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement du département de la Seine est composé comme il suit pour l'année 1891 :

Président : M. Putel. — Secrétaire général : M. Philbert. — Secrétaire général adjoint : M. Cayla.

Membres honoraires : MM. Brouardel, Lannelongue, Cornil, Théophile Roussel, Goujon, Chevandier (de la Drôme), David.

Membres titulaires : MM. Morin, Gautier, Avezou, Chevallereau, Guillié, Dauchez, Gouraud, Tolédano, de Cours, Bonnot, A. Miot, Vétault, Cellière, Naulin, Leboucq, Michel, Thorel, Larcher, Chouppe, Putel, Cayla.

Statistique vitale de la France pendant l'année 1889. — Il a été relevé pendant l'année 1889, d'après le dépouillement des registres de l'état civil, 272,934 mariages (7,1 pour 1,000 habitants), 4,678 divorces (6,1 pour 10,000 ménages), 880,579 naissances (23 par 1,000 habitants), et 794,933 décès (20,5 pour 1,000 habitants).

L'excédent des naissances sur les décès a été de 85,646 unités, ce qui correspond à peu près à un accroissement de 2,3 pour 1,000 habitants.

Il a été constaté en France pendant l'année 1889 :

10,980 mariages d'étrangers;

26,480 naissances d'étrangers;

19,120 décès d'étrangers.

Parmi les 26,480 naissances étrangères, on a compté 3,127 naissances illégitimes, soit une proportion générale de 11,8 pour 100. Parmi les naissances françaises la proportion n'a été que de 8,2.

Comparée à l'année précédente, l'année 1889 accuse une différence en moins de 3,914 mariages, 30 divorces, 2,060 naissances et 42,934 décès.

L'hypnotisme a Lyon. — M. le maire de Lyon vient de faire afficher l'arrêté suivant sur les murs de cette ville :

« Considérant que les séances d'hypnotisme et de suggestion, données dans les cafés-concerts de Lyon, sont parfois indécentes, provoquent des incidents scandaleux et jettent la perturbation dans une partie des spectateurs :

Arrêtons :

Article premier. — Il est interdit aux directeurs ou propriétaires de café-concert de donner des séances d'hypnotisme, de suggestion ou autres spectacles analogues. »

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

La stomatite mercurielle (1).

Il me reste à vous parler de la forme de stomatite à laquelle on peut donner le nom de stomatite historique. C'est celle qu'observaient nos pères et il importe d'en dire quelques mots.

Dans les vieux auteurs on trouve des mentions fréquentes d'une stomatite offrant une grande gravité. Ils signalent la fréquence des ulcérations très profondes, pénétrantes, phagédéniques même. Ces ulcérations étaient parfois tellement considérables qu'elles dénudaient les muscles, particulièrement le masséter; de plus, en guérissant, elles laissaient des adhérences entre la langue et les joues, entre les gencives et les joues. Il résultait de ces adhérences des occlusions permanentes de l'orifice buccal, une véritable soudure de la mâchoire. Dans ces conditions, il était impossible au malade de prendre des aliments solides, de mâcher, et sa situation était absolument sans remède. Les ulcérations entraînaient encore des hémorrhagies considérables que l'on ne pouvait arrêter que par le fer rouge, et quelquefois la chute de toutes les dents, la nécrose des maxillaires. Des lésions aussi graves n'allaient pas sans un état adynamique prononcé, du marasme, un amaigrissement squelettique, etc. La mort pouvait même survenir; peut-être la syphilis était-elle en partie cause de la terminaison fatale, mais ce qu'il y a de certain c'est que, quelquefois, les malades mouraient dans le cours de leur stomatite.

Actuellement, messieurs, nous ne voyons plus de faits de ce genre et jamais je n'en ai rencontré. Il importe donc de rechercher pourquoi cette stomatite, si fréquente autrefois, a actuellement complètement disparu.

Cela tient à ce que nos pères administraient le mercure autrement que nous par suite d'une doctrine différente de la nôtre. Aujourd'hui, nous admettons que le mercure agit sur la syphilis en vertu d'une influence qui lui est spéciale, mais non par les phénomènes physiologiques qu'il détermine, tels que la salivation, la diarrhée ou les éruptions cutanées. Bien souvent nous voyons des malades guérir, ou du moins ne plus présenter d'accidents, sans jamais avoir eu de salivation ou de diarrhée. Nos pères croyaient, au contraire, que le mercure agit par la salivation qu'il détermine, cette salivation expulsant le germe même de la maladie. Pour guérir la vérole, il fallait donc une bonne salivation. On avait même dosé la

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 27 novembre, 4, 11 décembre 1890 et 15 janvier 1891.

quantité de salive nécessaire. C'est ainsi que, pour Astruc, une bonne salivation est celle qui expulse, chaque jour, 4, 5, 6 livres de salive visqueuse, gluante et pituiteuse. Et il ajoute que, si la quantité de 3 livres n'est pas atteinte, on peut craindre que la salivation ne soit pas suffisante pour obtenir une entière guérison. Une fois un flux suffisant obtenu, il fallait, toujours d'après Astruc, l'entretenir pendant 15, 18 et même 25 jours, selon qu'il était plus, ou moins abondant. Pour ce médecin, qui était un des hommes les plus instruits de son temps : « Le flux de bouche doit diriger le traitement de la vérole par le mercure. »

Le traitement étant basé sur la doctrine, nos pères employaient surtout les frictions qui donnaient rapidement une salivation suffisante. Or, vous le savez, les stomatites dues aux frictions sont les plus graves de toutes.

Il n'y a pas, en effet, à comparer, au point de vue de la gravité, les stomatites qui apparaissent après le traitement par ingestion et celui par les frictions.

Quand on administre le mercure par la voie stomacale, la stomatite :

1° Est progressive et lente à s'établir;

2° S'annonce par les lésions partielles que je vous ai décrites sous le nom de stomatites d'alarme;

3° Ne dépasse pas, comme intensité, la forme moyenne.

La stomatite due aux frictions a des caractères absolument opposés; elle :

1° Est soudaine, rapide dans son invasion;

2° Est générale d'emblée, ne se cantonne pas d'abord dans un coin de la bouche;

3° Est grave, infiniment plus intense que la première.

Si on continue encore quelque temps les frictions une fois que la stomatite est apparue, elle devient alors formidable. Dire que l'on peut gouverner cette stomatite, c'est se payer d'illusions. On assiste à une stomatite mercurielle grave, on la modère par quelques topiques, mais on ne peut l'arrêter.

Ainsi que je vous l'ai dit, la stomatite si grave que provoquaient nos pères entraînait facilement des phénomènes généraux d'adynamie et d'épuisement.

Il y avait à cela deux raisons : en premier lieu une raison d'hygiène générale, en second lieu une raison d'alimentation.

Chacun sait que le traitement par les frictions est un traitement rude, dur, qui affaiblit beaucoup les malades. Il a besoin, pour être bien toléré, d'être accompagné d'un régime réconfortant. Aussi, quand la position des malades le permet, est-il bon de faire les cures de frictions au grand air, de préférence au pied des montagnes, dans les stations d'eaux sulfureuses.

Nos pères se plaçaient dans des conditions tout à fait différentes. En premier lieu, ils privaient leurs malades d'air. Pour faire des frictions, ils plaçaient les patients devant le feu et les maintenaient dans une chanbre fermée et chauffée pendant trois, quatre, cinq semaines; pendant tout ce temps on n'ouvrait même pas les fenêtres.

En second lieu, les malades ne recevaient pas une quantité suffisante d'aliments.

Il ne faisait pas bon d'avoir la vérole dans le bon vieux temps et les syphilitiques de cette époque faisaient fort maigre chère.

Même au début de ce siècle, la diète était regardée comme nécessaire

lorsqu'on employait les *grands remèdes*, lorsqu'on faisait passer les malades à la *casserole*, selon l'expression populaire.

Il y avait d'abord la *préparation* au traitement. Le régime se composait de soupe, de bouillon et de viandes blanches; on donnait deux bains par jour pendant quatorze jours; du bouillon de veau ou de poulet et du petit lait. Le malade était purgé fréquemment, on lui faisait une ou deux saignées de trois palettes, enfin on lui recommandait de modérer ses passions.

Une fois les frictions commencées, on ne permettait plus que deux soupes par jour et peu ou pas de pain; enfin, quand la salivation avait commencé, on ne donnait au malade que du bouillon. Par exception, si le patient avait un appétit exceptionnel, on tolérait chaque jour un œuf mollet avec une petite croûte et deux pruneaux. Par contre, on prescrivait six litres de tisane d'orge, de chiendent ou de réglisse, pas mal de médecines et plusieurs lavements.

En plus, l'hygiène des syphilitiques dans les hôpitaux était déplorable. Les salles qu'occupaient les malades étaient appelées salles des *baveurs*, salles au *noir*. Tout, en effet, était noir, le corps des patients, leurs draps et leur linge étant couverts de la pommade mercurielle. Les fenêtres étaient tenues constamment fermées et on n'aérait jamais par principe. Quarante, cinquante malades étaient ainsi renfermés ensemble pendant de longs jours, bavant et exhalant leur haleine à odeur repoussante. Les salles, comme l'a dit M. Ricord, étaient de véritables cloaques impurs. Les vapeurs mercurielles y étaient si abondantes que le personnel chargé des services était quelquefois pris de salivation.

Il vous est maintenant facile de comprendre pourquoi les stomatites étaient si effroyables et, d'autre part, vous ne vous étonnerez plus de la terreur du mercure si répandue dans le public.

J'en ai fini avec cette digression un peu longue, et je vais terminer l'histoire de la stomatite mercurielle, en vous exposant la pathogénie et le traitement de la maladie.

Deux théories, et même trois, se trouvent en présence pour expliquer le développement de la stomatite.

D'après l'une, le mercure agirait primitivement sur les glandes salivaires, qu'il enflammerait; il y aurait une véritable parotidite mercurielle. L'inflammation entraînerait un afflux de salive chargée de mercure et, consécutivement, l'irritation de la bouche.

Les partisans de la deuxième théorie admettent que la stomatite est initiale; le mercure irriterait la bouche, d'où la salivation.

Dans l'une, la stomatite est l'effet; dans l'autre, elle est la cause.

On a longtemps discuté sur ces deux théories. Actuellement, presque tout le monde est d'accord pour admettre que la stomatite est primitive et la salivation secondaire. Quand on suit soigneusement un malade qui prend du mercure, on ne voit jamais la salivation être le phénomène primitif; ce que l'on observe d'abord, c'est le déchaussement postérieur de la première grosse molaire ou toute autre localisation des stomatites d'alarme. M. Ricord a même eu l'occasion de faire une autopsie. Un malade qui salivait étant mort d'une affection accidentelle, il trouva les glandes salivaires absolument saines.

La salivation mercurielle est un phénomène réflexe qui se produit comme dans n'importe quelle stomatite, comme dans la stomatite varioleuse,

comme dans toutes les lésions ulcéreuses, érosives, douloureuses de la bouche, dans l'épithélioma de la langue, par exemple.

On salive dans la plupart de ces maladies en raison d'une loi d'après laquelle toute sécrétion glandulaire est augmentée quand l'orifice de la glande est irrité. C'est ainsi qu'une irritation intestinale entraîne l'hypersécrétion de la bile.

D'après la troisième théorie, la stomatite mercurielle serait une stomatite septique, microbique. Le mercure qui passe dans la salive la modifierait de telle façon qu'elle devient un milieu de culture très favorable pour les microbes qui abondent dans la bouche. Ils se multiplient et causent la stomatite. Pour que cette pathogénie soit admise, il faudrait nous montrer un microbe spécial déterminant la maladie.

Comme M. Panas l'a très bien dit, ce qu'il faut, ce n'est pas combattre, mais prévenir la stomatite mercurielle; tout est là.

Pour assurer la préservation du malade, il y a cinq choses à faire :

1° Il faut s'assurer du bon état de la bouche avant de commencer le traitement, et ne pas donner un atome de mercure avant qu'elle ne soit dans le meilleur état possible. Toutes choses égales, d'ailleurs, avec une bouche saine, sans érosions, les dangers du mercure seront réduits au minimum. Bien souvent, je vois des malades venir me trouver dans mon cabinet pour me dire qu'ils ne peuvent supporter le mercure, qui leur enflamme toujours la bouche dès qu'ils en prennent quelques jours de suite. Toujours, dans ce cas, je trouve des dents cariées, des gencives ramollies, des incrustations de tartre, et une fois qu'un dentiste a remis la bouche en bon état, le médicament est très bien supporté.

2° On doit prévenir le malade de l'action que le mercure peut exercer et le faire se surveiller. Dites bien toujours que le médicament donne quelquefois de la diarrhée et est susceptible d'irriter les gencives. Il faut que, s'il survient quelque choc, le patient puisse arrêter le traitement avant d'avoir recours à vos conseils. Si on les laisse ignorants de ce qui peut survenir, il arrive quelquefois qu'ils prennent plus de mercure lorsqu'il leur vient mal aux gencives, car ils regardent la stomatite comme une manifestation de la syphilis.

3° Les soins d'hygiène buccale doivent être assidus. Il faut que le malade se rince la bouche après chaque repas, et qu'il fasse usage, pour se brosser les dents, d'une des poudres suivantes :

Poudre de charbon...........................	ãã parties égales.
Poudre de quinquina.........................	

Ou bien :

Poudre de quinquina et de cachou............	ãã 15 grammes.
Poudre de tannin............................	1 gramme.
Essence de menthe...........................	q. s.

Enfin, il sera bon de prescrire plusieurs fois par jour des lavages de la bouche avec une solution de 5 grammes de chlorate de potasse dans un bol de thé chaud.

4° Il est indispensable de surveiller la bouche avec soin; d'aller chercher les stomatites d'alarme dans leurs foyers de prédilection.

5° Enfin, le traitement devra être suspendu à la première alerte.

Si ces cinq préceptes sont soigneusement observés, on n'aura pour ainsi dire jamais de stomatite.

Dans l'exposé du traitement curatif, il convient de distinguer les formes légères de la forme moyenne.

Dès que la stomatite d'alarme se sera développée, on passera la pointe d'un crayon de nitrate d'argent sur les parties qui s'érodent; on prescrira, en outre, quelques gargarismes, quelques bains de bouche avec une décoction de guimauve, une solution de chlorate de potasse à 5 p. 200 ou d'alun à 4 ou 5 p. 200. Quelquefois, on pourra employer le chlorate de potasse à l'intérieur.

Dans la forme moyenne le nombre des médicaments que l'on a essayés est considérable et il m'est impossible de vous les énumérer tous.

On a eu recours aux saignées générales et locales, aux purgatifs, aux vomitifs, on a prescrit le soufre, l'iode, on a fait porter dans la bouche un anneau d'or pour fixer le mercure.

Actuellement, on ne se sert plus que du chlorate de potasse en julep ou dans de l'eau sucrée à la dose de 5 grammes par jour; on a été jusqu'à 10 grammes. Le remède a été énormément surfait et naturellement la réaction a dépassé le but. Il ne mérite ni les éloges enthousiastes qu'on lui a donnés, ni un dénigrement systématique. Il a une action modérée, lente, et, après quelques jours d'administration, exerce un effet calmant.

Dans la période aiguë de la stomatite, le traitement par les émollients est très important. Le malade doit faire des irrigations buccales avec de l'eau de guimauve, ou l'eau d'orge, ou prendre des bains de bouche fréquemment renouvelés. On a beaucoup médit de l'eau de guimauve; on a dit qu'elle était un milieu de culture pour les microbes. En vérité il n'en est rien, puisque, si la préparation a été bien faite, l'eau a bouilli longtemps. Du reste, quand l'inflammation est à son maximum, il est impossible de faire supporter au malade autre chose que de l'eau pure, de l'eau de guimauve et du lait. Tout gargarisme médicamenteux lui met le feu dans la bouche, suivant son expression.

A la période subaiguë on continuera les irrigations à l'eau de guimauve auxquelles on adjoindra l'emploi des solutions chloratées ou boriquées faibles. Aussi bien qu'à la période précédente, les badigeonnages cocaïnés seront un bon calmant. On fera de petites cautérisations, légères, superficielles sur les points douloureux, en ayant soin de ne traiter chaque jour qu'un département de la muqueuse buccale.

Rarement, on a voulu traiter la stomatite mercurielle par le mercure. Galippe en France, Bergi et d'autres en Italie, signalent la liqueur de Van Swieten étendue de trois quarts d'eau en lotions et en badigeonnages, et la guérison surviendrait en cinq ou six jours. C'est là une conséquence de la théorie qui veut que la stomatite mercurielle soit de cause microbienne. Cette pratique est cependant contredite par des expériences d'après lesquelles le sublimé entretiendrait les ulcérations buccales.

Aux différentes périodes de la stomatite, on se trouvera bien de l'emploi de quelques calmants généraux, tels que l'opium. Enfin le lait sera le mode alimentaire du malade pendant la période aiguë et ce n'est que peu à peu que l'on permettra les autres aliments.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant les années 1889 et 1890

Par le docteur Jules Christian, secrétaire général.

Messieurs,

Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ayant empêché l'an dernier de vous faire, à la date réglementaire, le compte rendu de vos travaux, j'aurais pu, et peut-être même aurais-je dû, réparer cette lacune dans le courant de l'année. Mais quand je me suis mis à la tâche, il s'est trouvé que les discussions les plus importantes, commencées en 1889, ont occupé encore une partie des séances de 1890. Aussi m'a-t-il semblé préférable de réunir les deux années dans une seule revue d'ensemble.

Vous allez donc, aujourd'hui, entendre le compte rendu de vos travaux de 1889 et 1890.

Dans cette année 1889, qui restera fameuse à tant de titres, le grand événement pour nous médecins, ce n'aura été ni l'Exposition, ni l'un ou l'autre des innombrables Congrès qui se sont réunis à son occasion, mais bien plutôt cette épidémie d'*influenza* qui s'est abattue sur le monde entier, et dont à la lettre on aurait pu dire :

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés!

Epidémie singulière; il y avait si longtemps, cinquante-deux ans! qu'on ne l'avait observée, que nul médecin ne pouvait se souvenir d'avoir eu à la combattre. Vous vous rappelez son apparition soudaine, sa diffusion rapide, son extrême bénignité au début. Etait-ce la grippe? Pour ceux qui donnent le nom de *grippe* aux rhumes, aux coryzas compliqués de fièvre ou de courbature, tels que nous en rencontrons chaque hiver, il y avait assurément une différence, et peut-être y avait-il lieu d'établir que c'est à tort qu'on englobe dans la grippe ces indispositions banales. Un de nos collègues, que nous voyons trop rarement à nos séances, M. Beni-Barde, dans un travail qu'il vous a lu, affirme que l'*influenza* et la *grippe* sont deux choses différentes : l'influenza doit être regardée comme une *neurasthénie aiguë et fébrile* de nature infectieuse, qui peut venir compliquer la grippe, mais qui n'est pas la grippe.

Cette opinion de M. Beni-Barde a été vivement combattue, tout comme celle qui voulait assimiler l'*influenza* à la *dengue*, et qui a eu pour défenseur un de nos nouveaux membres correspondants, M. Nicolas. C'est M. Rougon qui a supporté le poids de la discussion. Avec son impeccable érudition, il nous a démontré, pièces en mains, que tout ce que nous avons vu en 1889 avait été signalé dans les épidémies antérieures, et par des observateurs qui avaient nom : Huxham, Sauvages, etc. En fouillant dans nos archives, M. Rougon a retrouvé l'histoire de l'épidémie de 1801, dans laquelle notre Société a joué un rôle important; car alors elle était « la grande consultante à laquelle s'adressaient les pouvoirs publics ». Il a pu, sans rencontrer de contradicteur, conclure que, dans l'épidémie de 1889, rien, absolument rien, n'était nouveau, sauf le *microbe*. Encore ce microbe n'a-t-il pas été découvert. Et il faudra longtemps encore, comme le faisait remarquer M. Reliquet, admettre les *constitutions médicales*, qui impriment leur cachet particulier, non seulement aux apparitions pathologiques, mais même à l'état physiologique de chacun.

Les observations que M. de Beauvais a pu faire à Mazas, et celles qu'il a recueillies dans les autres prisons, sont particulièrement intéressantes; en démontrant que l'isolement cellulaire préserve ceux qui y sont soumis, elles sont une preuve indirecte, mais certaine, que la maladie est contagieuse. Je ne serai pas contredit, si j'affirme que toutes les questions relatives à la grippe ont été discutées dans nos séances avec une ampleur et une compétence, qui ont pu être égalées, mais assurément pas surpassées, dans les autres Sociétés.

La *tuberculose* est, depuis des années, à l'ordre du jour. Ici le microbe est connu ; il a ses partisans enthousiastes, qui veulent lui faire jouer, sinon le rôle unique, du moins le rôle principal dans l'étiologie, et comme conséquence, dans la prophylaxie et le traitement. Rappelez-vous avec quelle verve, quelle conviction, quelle chaleur entraînante,

M. Abadie salue cette ère nouvelle, les aperçus ingénieux qu'il a semés dans la discussion, les applications hardies qu'il rêve en thérapeutique. A l'entendre tout est devenu simple, clair, facile, depuis que le microbe est connu. Peut-être en sera-t-il ainsi dans un avenir prochain, car aujourd'hui tous les espoirs nous sont permis. Mais en attendant nous ne savons rien des conditions de naissance et de développement de cet infiniment petit, et le malade est là qui demande à être soulagé. Or, ce malade est un individu essentiellement variable, qui ne réagit pas nécessairement comme les cornues de nos laboratoires ou nos malheureux lapins. La clinique conserve et conservera tous ses droits : et elle a trouvé parmi nous des défenseurs convaincus dont les objections et les réserves, formulées avec l'expérience que donne une longue pratique, ne sauraient trouver de contradicteurs. Tous, M. Leudet aussi bien que MM. Dubuc et Ladreit de Lacharrière, M. Reliquet comme M. Desnos, acceptent la théorie microbienne, mais croient que les travaux de laboratoire ne suffisent pas pour tout expliquer, qu'ils demandent à être contrôlés au lit du malade. La discussion n'est pas close. Le microbe ne voudra pas rester accablé sous le magistral exposé de M. Leudet. Vous applaudirez la réponse comme vous avez applaudi le plaidoyer éloquent pour la médecine traditionnelle, celle qui cherche ses inspirations au lit du malade.

Souvent déjà les rapports du *tabès* et de la *syphilis* ont été discutés dans vos séances. Voilà dix ans et plus que la question est posée, et nous ne sommes guère plus avancés qu'au premier jour. Les uns continuent à affirmer que le tabès est souvent syphilitique, et leur seul argument est qu'un grand nombre de tabétiques ont eu antérieurement la syphilis. Les autres objectent que, s'il en était ainsi, le traitement spécifique réussirait au moins quelquefois. Or, jusqu'à présent, on n'a guéri que des pseudo-tabès.

Relisez dans nos Bulletins toutes les communications sur ce sujet, les discussions qui les ont suivies, et vous verrez que c'est toujours là le problème à résoudre. Est-ce à dire que ces discussions elles-mêmes aient été stériles? Non, car il s'en dégage toujours quelques données intéressantes, tant sur les différents modes de traitement de l'ataxie, et notamment la pendaison, que sur les complications de toutes sortes, urinaires ou oculaires, qui si souvent constituent à elles seules les phénomènes précurseurs du mal. Pour ce qui est notamment des troubles oculaires, M. Trousseau en a bien fait ressortir l'importance dans sa lecture sur l'*œil tabétique*.

C'est ainsi encore que dans nos dernières séances une simple lecture de M. Duroziez sur le pouls fréquent et le pouls lent a été le point de départ d'une longue discussion sur le *goitre exophthalmique*, car le pouls fréquent est un symptôme important, souvent même le seul signe avant-coureur certain de la maladie de Basedow. La discussion n'est pas finie : la *tachycardie*, M. Duroziez me pardonnera d'employer ce mot barbare, est-elle une maladie distincte, ou n'est-elle qu'un symptôme d'une autre maladie? Je vous le dirai peut-être l'année prochaine, car j'espère qu'à l'exemple de MM. Perrin, de Beauvais, Duroziez, chacun apportera dans le débat les faits qui pourront l'éclairer.

La *goutte*, le *rhumatisme*, encore une belle matière à discussion. M. Bouloumié, combattant un peu « pro ara et focis », vous a démontré que les eaux de Vittel font merveille dans l'arthritisme. Mais il vous a fait voir aussi quel danger on faisait courir au malade quand on les employait inconsidérément pour déceler quelque calcul caché dans les anfractuosités de la vessie. M. Trousseau, qui déjà nous avait signalé les débuts oculaires du tabès, nous a montré que la goutte et le rhumatisme peuvent également se manifester d'abord par des troubles de la vision : voilà donc deux maladies chroniques dans lesquelles l'œil peut être atteint primitivement. Il en est encore ainsi dans la *syphilis cérébrale*, dans la *paralysie générale*. Nos maîtres en ophthalmologie rendraient à la science un signalé service, s'ils nous apprenaient le moyen de distinguer, dès leur apparition, la valeur pronostique de ces accidents morbides.

Les discussions générales n'ont donc pas manqué : il en est une encore que je dois rappeler, car elle a été l'occasion d'une joute brillante entre MM. Collineau et Nicolas, deux adversaires également convaincus. « Il serait utile que les savants de tous les pays eussent à leur disposition une langue scientifique unique » : telle est l'idée, assurément peu neuve et peu originale, mais de tous points excellente, dont une Société américaine bien intentionnée a pris l'initiative. En théorie, nulle objection. Mais dès

qu'on arrive à la pratique, quelles difficultés! Il fut un temps où le latin était cette langue scientifique internationale. Pourquoi a-t-il cessé de l'être, sinon parce qu'il ne répond plus aux besoins de l'heure présente? Choisira-t-on une des langues vivantes actuelles? M. Collineau, notre rapporteur, a brillamment défendu la cause du français : C'est, dit-il, la langue qui, par sa clarté, sa précision, et une foule d'autres qualités que notre patriotisme nous défend de méconnaître, doit être adoptée. Tous nous avons été de son avis, sûrs d'ailleurs que notre vœu restera purement platonique. Mais nous avons mieux aimé rendre cet hommage mérité à notre vieil idiome maternel que de saluer cette nouvelle venue qui, sous le nom euphonique de *volapück*, essaye de faire son chemin dans le monde. M. Nicolas est un apôtre enthousiaste de ce parler nouveau. En l'écoutant, j'aurais voulu me laisser persuader; mais, hélas! est-il un seul de nous qui consentirait à apprendre le volapück, tout en l'admirant comme il convient?

Nos membres correspondants ont continué à nous envoyer un certain nombre de travaux qui méritent de figurer dans nos Bulletins.

De M. Moncorvo, notre laborieux confrère brésilien, nous avons reçu un mémoire sur les *troubles dyspeptiques dans l'enfance*, et une nouvelle étude sur le *strophantus dans la pathologie infantile*.

A M. Pinteaud-Désallées, nous devons trois observations tirées de sa pratique, dont l'une, particulièrement intéressante, d'un cas de *morve chez l'homme*. Les deux autres, *nécrose de l'omoplate* et *uréthrotomie interne*, nous ont permis une fois de plus d'apprécier le talent chirurgical de notre confrère.

M. Arnaudet (de Cormeilles), l'auteur d'un travail si curieux sur la *contagion du cancer*, nous a envoyé une observation d'*anévrysme diffus de la tibiale antérieure à la suite d'une fracture*, et l'histoire singulière d'une épingle en laiton, grosse et très pointue, de 3 centimètres et demi de longueur, qui pénétra accidentellement dans le quatrième espace intercostal d'un garçon de ferme, et en fut retirée sans accident grave consécutif. Notre confrère incline à croire que le cœur fut touché, et en effet cela semble probable.

M. Chrétien (de Poitiers), nous a relaté l'histoire d'une *fracture du crâne* suivie de mort. Cette fracture, consécutive à une chute d'une hauteur de 2 mètres environ, avait déterminé une rupture de l'artère méningée moyenne et un vaste épanchement de sang entre la dure-mère et le crâne.

Je signalerai enfin le cas d'*eczéma aigu généralisé* observé à la Bourboule par M. Nicolas. Notre confrère s'est trouvé en présence d'un cas rare, difficile, dont il s'est tiré à son honneur avec un succès complet.

Les communications de nos membres titulaires me fournissent une récolte abondante. Me sera-t-il permis de dire cependant que tous les ans ce sont, à peu d'exceptions près, les mêmes noms qui reviennent sous ma plume?

En *chirurgie*, M. Polaillon nous a raconté les détails d'un certain nombre de ses opérations :

D'abord l'observation d'un *épithéliome paradentaire* chez un homme de 53 ans; il fallut réséquer le maxillaire. Vous avez vu l'opéré, et vous avez pu constater l'heureux résultat de l'intervention chirurgicale. Pourtant un point noir subsiste : la tumeur enlevée était de nature maligne, une récidive est à redouter;

Ensuite celle d'un *cancer de la trompe et de l'utérus* pris pendant la vie pour un kyste de l'ovaire. La laparatomie fut suivie d'un succès immédiat, mais la malade ne tarda pas à succomber à la cachexie cancéreuse;

L'ablation d'un *ostéome sous-cutané* à la face plantaire du gros orteil, et celle de deux variétés d'*angiome de la main*, l'un veineux, l'autre artériel;

L'ablation d'un *fibro-myome du corps de l'utérus* chez une femme de 55 ans, qui fut atteinte de délire mélancolique après l'opération;

Enfin cette curieuse observation d'une femme chez laquelle il s'agissait de faire l'ablation d'une tumeur de la trompe. En ouvrant la cavité de l'abdomen, M. Polaillon trouva un fœtus d'environ deux mois et demi, flottant librement au milieu des anses intestinales; preuve évidente d'une grossesse tubaire qui s'était terminée par la rupture spontanée de la trompe.

M. Dubuc vous a entretenus des accès de fièvre qui compliquent si fréquemment cer-

tains rétrécissements de l'urèthre; de plusieurs opérations de lithotritie chez la femme; d'un malade albuminurique, qu'il a pu débarrasser par la lithotritie en une seule séance, d'un volumineux calcul d'acide urique. Il a également opéré avec succès une tumeur, probablement tuberculeuse, de la peau, chez une jeune fille; enfin il vous a signalé un fait d'induration plastique des corps caverneux, lésion rare et singulière, paraissant se rattacher au rhumatisme, mais dont la thérapeutique reste bien incertaine. Peut-être convient-il de rapprocher cette observation de celle de M. Bouloumié, qui a trouvé dans la cuisse d'une vieille femme des Vosges une production cornée qu'il a fait passer sous vos yeux.

M. Desnos a trouvé dans la vessie de deux de ses clientes des calculs volumineux ayant pour noyaux plusieurs épingles à cheveux : il dut recourir à la taille vésico-vaginale pour guérir les imprudentes.

M. Doléris a discuté devant vous quelques points encore obscurs du diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite.

M. Luc a fait une lecture du plus haut intérêt sur les végétations adénoïdes du pharynx, dont l'importance est si grande dans la pathologie infantile et qu'il est urgent d'opérer pour en débarrasser le malade.

M. Berne a pensé que, dans l'hydarthrose du genou, le procédé de l'éclatement suivi de massage est plus efficace que la ponction; mais il reconnaît lui-même qu'il n'est applicable que dans les cas d'hydarthrose à parois minces.

M. Wickham vous a parlé du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse, méthode préconisée par Neumann; il vous a également montré un ingénieux aspirateur à graviers, construit sur ses indications.

Quand je vous aurai signalé encore la lecture de M. Apostoli sur le *raclage intra-utérin galvano-chimique*, j'aurai à peu près énuméré tout ce qui, dans vos travaux de ces deux années, se rapporte à la chirurgie. J'y ajouterai le fait singulier, observé par M. Auvard, d'un fœtus étranglé par le col utérin; complication rare, mais dont il faudra tenir compte quand on voudra énumérer toutes les tribulations et tous les dangers qui attendent le fœtus dans son voyage du fond de l'utérus jusqu'à la lumière du jour.

En *thérapeutique*, M. Le Blond vous a vanté les bons effets de la résorcine dans le traitement de la diphthérie et des ulcérations syphilitiques; M. Abadie a retiré d'excellents résultats de l'emploi de la colchicine dans les scléro-choroïdites goutteuses. Enfin, M. Trousseau, qui, non content de faire de la clinique, est encore un érudit, vous a vivement intéressés par sa lecture sur le *traitement des granulations au* IIe *siècle*.

En *médecine*, M. Fraigniaud nous a lu une observation de pneumonie grave survenant chez une jeune femme de 21 ans et provoquant, au huitième mois, un accouchement prématuré; la mère a guéri de sa pneumonie et a été assez heureuse pour pouvoir allaiter elle-même son enfant.

M. Dubrisay a observé des accidents nerveux chez plusieurs enfants; il n'a pas eu de peine à vous montrer que ces accidents, d'apparence si inquiétante, sont souvent peu graves et guérissent facilement. Si tous les médecins qui soignent les enfants avaient le tact médical et la sûreté de diagnostic de notre collègue, nous entendrions moins souvent parler de méningites guéries. M. Dubrisay vous a présenté aussi deux enfants atteints de syphilis congénitale en bonne voie de guérison.

M. Ladreit de Lacharrière a trouvé, chez un de ses malades, une hémorrhagie considérable du cervelet; le fait est complexe, car il s'agissait d'un idiot sourd-muet, albuminurique et atteint de convulsions épileptiformes; il a été difficile d'établir un rapport précis entre les symptômes observés durant la vie et les lésions trouvées à l'autopsie.

A la suite d'un incident parlementaire, M. de Beauvais, en raison de sa situation de médecin de Mazas, a dû faire un rapport sur l'influence exercée par l'emprisonnement cellulaire sur ceux qui y sont soumis. De l'enquête minutieuse à laquelle il s'est livré, il résulte que le régime cellulaire n'offre aucun des inconvénients qu'on lui reproche. Ces résultats confirment ceux que, depuis longtemps, on avait trouvés dans les pays où ce mode d'emprisonnement est appliqué dans toute sa rigueur, notamment en Belgique.

Ai-je besoin d'ajouter maintenant que, comme les années précédentes, notre infatigable confrère Duroziez nous a fait de nombreuses communications sur le sujet qu'il

connaît si bien? Dans un de mes rapports antérieurs, j'avais formulé un vœu que, bien souvent, j'avais entendu exprimer autour de moi, celui de voir réunies en volume toutes les leçons si savantes et si originales dispersées dans nos Bulletins. M. Duroziez s'est, enfin, rendu à ce désir, et les médecins possèdent aujourdhui le *vade mecum* indispensable à quiconque affronte la pathologie cardiaque.

Tel est, Messieurs, et je pense n'avoir rien omis, le bilan de vos travaux pendant ces deux années.

Dans cette même période, dont je viens de vous retracer l'activité, nous avons perdu deux membres honoraires, et quatre membres titulaires.

Blondeau avait reçu l'honorariat en 1883; il était entré dans la Société dès 1866, et son nom paraît souvent dans nos Bulletins. Pendant de longues années il a été assidu à nos séances, et il y a lu un grand nombre de travaux. Aussi n'était-ce que justice, quand, en 1879, vos suffrages l'appelèrent à l'honneur de vous présider. Blondeau occupait à Paris une grande situation médicale. Ancien élève et chef de clinique de Trousseau, il avait conservé pour son maître un véritable culte, et il ne manquait aucune occasion d'invoquer sa mémoire. Tous ceux d'entre nous qui ont vu Blondeau à la Société, ont pu apprécier son profond savoir, son aménité courtoise dans les discussions. Rarement, il se privait du plaisir d'émailler son discours de quelque citation latine, et l'on était sûr qu'il la puisait dans les classiques de la grande époque. Car il était un érudit; Horace était son livre de chevet. Depuis qu'il était devenu honoraire, Blondeau ne paraissait plus à nos séances; mais il comptait tant d'amis parmi nous qu'il ne nous était pas devenu étranger. Nos sympathies allèrent à lui quand il fut victime d'un grave accident de voiture. Il eut une fracture du fémur, dont M. Polaillon le guérit avec son habileté accoutumée. Mais la santé de Blondeau resta altérée; il succomba dans les derniers jours de 1889. M. Perrin, en lui disant en notre nom le suprême adieu, a su faire ressortir les rares qualités qui avaient rendu notre collègue si cher à ses amis et à ses clients.

Antonin Martin était presque aussi ancien que Blondeau dans notre Société; il lui appartenait depuis 1867. Il avait commencé par être médecin militaire, et il ne se lassait pas de nous le rappeler. Assidu à nos séances, prenant une part active à nos discussions, y intervenant alors même qu'il n'y était pas suffisamment préparé, Martin s'est toujours montré rempli de zèle et d'ardeur; il nous était entièrement dévoué. Ses dernières années furent assombries par de grands chagrins, qui, sans doute, hâtèrent l'éclosion du mal auquel il a succombé, et dont nous avons pu constater ici même les premiers symptômes. Quand, en 1888, vous lui avez accordé l'honorariat, Martin était déjà irrémédiablement perdu.

Marchal était un de nos membres titulaires les plus jeunes. Il avait été reçu en 1881. Son mémoire de candidature, sur la *grossesse cervicale*, nous avait valu un rapport très détaillé de Thévenot. Plein d'ardeur, d'un esprit vif et original, Marchal avait un savoir étendu, surtout en gynécologie, et, dès son entrée dans la Société, il fut un de nos grands travailleurs. Mais les espérances que nous donnait sa collaboration ne devaient pas se réaliser; une maladie grave l'empêcha bientôt de venir à nos séances; il végéta de longs mois, se survivant à lui-même, et, bien avant d'avoir rendu le dernier soupir, il était mort pour les siens.

Marcet était des nôtres depuis 1874; il avait lu à l'appui de sa candidature un travail très remarquable sur la *matière organique des eaux minérales sulfureuses*. Plus tard, je trouve de lui, dans nos Bulletins, une observation de *glossite papillaire*. Mais retenu une grande partie de l'année loin de Paris, il ne fit à nos séances que de rares apparitions. C'était un confrère distingué, aimé et estimé de ceux qui ont été en relation avec lui.

Deligny avait commencé par pratiquer la médecine à Toul, son pays natal; il fut même, pendant un temps, maire de sa ville. Le mauvais état de sa santé lui fit renoncer aux fatigues de la clientèle, et il fut nommé médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais. Il passait l'hiver à Paris, et, depuis le moment où il fut reçu parmi nous, en 1884, il demeura un de nos collègues les plus assidus et les plus laborieux, nous faisant de nombreuses lectures sur la *maladie de Thommsen*, l'*eczéma*, l'*entérite*, etc. Son dernier travail, sur le *prurit traité par les eaux de Saint-Gervais*, il nous l'a lu en 1889. Deligny est mort jeune, des suites d'un accident de voiture, ne laissant autour de lui que des regrets.

Enfin, Messieurs, comme si ce n'était pas assez de ces deuils, il y a quelques jours à peine, aux dernières heures de l'année 1890, s'éteignait le vénérable M. Baillarger, qui nous appartenait depuis 1842, et qui en 1858 avait été notre président. Il était non pas le plus âgé, — la verte vieillesse de M. Delasiauve protesterait, — mais le membre le plus ancien de notre Société.

Longtemps, il a participé activement à nos travaux; quand l'âge est venu, il a cessé de paraître à nos séances, mais il a tenu expressément à rester parmi les titulaires, et, je le sais de sa propre bouche, il a toujours gardé à notre vieille Société l'intérêt le plus vif.

De tels hommes honorent les corps dont ils font partie; ils sont pour eux un noble exemple. C'eût été pour nous une joie de célébrer le cinquantenaire de celui qui était devenu notre doyen, qui, pendant cinquante ans, nous était resté fidèle et attaché. Cette joie nous a été refusée, et, vraiment, devant la tombe qui s'est ouverte pour ce vieillard chargé d'années, mais resté si jeune de cœur, si vigoureux d'intelligence, nous sommes tentés de trouver que l'heure de la séparation a sonné trop tôt, et nous aurions voulu échapper aux nécessités inéluctables de nos fragiles destinées.

M. Baillarger a fourni une longue et laborieuse carrière. Depuis l'époque éloignée, c'était en 1830, où il entrait comme interne à la maison de Charenton, pas un instant il n'a interrompu son labeur. Presque tous ses travaux se rapportent à l'aliénation mentale. Elève d'Esquirol, il sut se montrer son digne continuateur. Ses recherches sur la *structure* et *le mode de formation du cerveau*, sur les *hémorrhagies méningées*, sur l'*ossification prématurée du crâne chez certains idiots*, prouvent que M. Baillarger n'avait pas négligé de prendre une part active au mouvement qui, à une certaine époque, avait fait espérer que l'anatomie pathologique livrerait le secret de la folie.

Mais c'est surtout dans l'observation clinique qu'il a cherché les sujets de ses travaux. A son mémoire sur les *hallucinations*, publié vers 1845, il n'y a encore aujourd'hui que peu de chose à ajouter. La *monomanie*, la *folie à double forme*, les classifications, lui ont inspiré des pages qui seront toujours lues avec profit. Mais l'œuvre de prédilection de Baillarger, celle à laquelle, pendant soixante ans, il n'a cessé de penser, c'est la *paralysie générale*. Jusqu'à la dernière heure de sa vie, c'était le sujet sur lequel il ne se lassait pas de ramener la discussion, cherchant la contradiction, provoquant les objections, reprenant sans cesse l'analyse minutieuse des faits bien observés, pour y trouver des arguments en faveur de sa théorie.

Deux jours avant le mal qui devait l'emporter, j'avais eu avec lui une de ces conversations qu'il savait ramener toujours à son thème favori; je l'avais quitté émerveillé de cette belle intelligence restée intacte et accueillante pour toutes les idées nouvelles. Car c'était là un des caractères de Baillarger : les questions dont il s'occupait n'étaient jamais closes; il savait que chaque jour peut amener un progrès nouveau, et pour lui le progrès était toujours le bienvenu.

L'œuvre de M. Baillarger est considérable. A ses travaux sur les maladies mentales, il faut ajouter ses longues recherches sur le *goitre et le crétinisme*, sur la *pellagre ;* enfin, il ne faut pas oublier, qu'à une époque où l'enseignement officiel n'existait pas, il a fait, pendant des années, dans son service de la Salpêtrière, des cours publics auxquels se sont formés de nombreux élèves.

Si l'on ne parlait que des titres scientifiques de M. Baillarger, on laisserait de côté la meilleure partie de son activité. Devenu un des heureux de la profession, arrivé, par son mérite, à une haute et enviable situation, il sut jouir noblement de la prospérité, et jamais il n'oublia les déshérités et les malheureux. Je ne soulèverai pas le voile derrière lequel sa charité aimait à s'abriter discrètement : il est des œuvres qui lui survivent, dont il a été l'initiateur. C'est lui qui, en 1843, fonda les *Annales médico-psychologiques*, et tel fut le succès de cette revue que, partout à l'étranger, on chercha à l'imiter, en Angleterre, en Allemagne, en Italie. C'est à lui principalement qu'est due, en 1850, la fondation de la *Société médico-psychologique*. Enfin, en 1865, il créa cette *Association mutuelle des médecins aliénistes* qui, depuis plus de vingt-cinq ans qu'elle fonctionne, a permis de soulager tant de misères imméritées, et qui n'a jamais eu de membre plus actif et plus généreux que son fondateur.

Vous voyez, Messieurs, par ces simples traits d'une biographie bien incomplète, quelle grande perte nous avons faite en perdant M. Baillarger. Nous garderons pieusement sa mémoire : c'est celle d'un maitre, et, ce qui vaut mieux, d'un homme de bien.

Si, après vous avoir signalé ces deuils, je pouvais souhaiter la bienvenue à quelque nouveau collègue, ma satisfaction serait complète. J'espère que le recrutement de nos membres, un moment interrompu, reprendra bientôt son cours normal.

Notre Société a un passé glorieux; elle a près d'un siècle d'existence. Elle a compté parmi ses membres les médecins les plus illustres, et actuellement encore, si leur modestie ne me défendait de les nommer, je pourrais citer, parmi ceux qui m'écoutent, des maîtres incontestés dans toutes les branches de l'art de guérir. Nos séances sont intéressantes; les travaux les plus variés figurent dans nos Bulletins. Nous avons des finances prospères : grâce au trésorier modèle qui, pendant dix-huit ans, a géré notre caisse avec une sollicitude de père de famille, nous sommes aujourd'hui à la tête d'un capital respectable, que notre nouveau trésorier saura faire fructifier.

Quoique depuis longtemps nous n'ayons plus aucune attache officielle, cependant notre voix est écoutée. On l'a bien vu quand nos délégués ont paru devant la commission parlementaire chargée d'élaborer une loi sur l'hygiène publique. L'union la plus cordiale règne parmi nous.

Ces éléments de prospérité, vous saurez les féconder, et grâce à vos efforts persévérants, nous verrons l'avenir de notre Société répondre à son passé.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1891. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Traitement des gangrènes des membres.

M. Reynier fait un rapport sur une observation d'érysipèle de la face communiquée par M. Schmitt (de Versailles), remarquable en ce que l'érysipèle a entraîné des accidents infectieux et une gangrène de la jambe qui a nécessité l'amputation.

Au mois de novembre 1890, un jeune soldat fut atteint d'érysipèle de la face et, bientôt après, d'accidents infectieux divers : fièvre intense, sueurs abondantes, diarrhée, etc. Le 26 novembre, un adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire dut être ouvert. A la fin de décembre, le malade se plaignit de douleurs très vives dans la jambe droite; les battements de l'artère fémorale s'arrêtèrent, le membre pâlit et bientôt il fut évident que l'on se trouvait en face d'une gangrène.

L'état général du malade resta relativement assez bon, et le sillon de séparation entre les parties vivantes et les parties gangrénées s'étant développé à quelques centimètres en dessous du genou, M. Schmitt amputa au niveau de la tubérosité antérieure, suivant le procédé de Larrey. On fit la suture de la peau et le drainage. La plaie suppura légèrement, mais, malgré cela, la guérison paraissait assurée lorsque l'on constata un souffle cardiaque systolique, puis une broncho-pneumonie qui se développa d'abord à droite pour envahir ensuite le côté gauche. Quelques jours plus tard, apparurent les signes de la pleurésie purulente, et enfin, le 31 janvier, le malade expectora une quantité considérable de pus. Dès que cette vomique se fut produite, l'état du malade s'améliora et la guérison fut bientôt complète.

Dans les commentaires dont il accompagne son observation, M. Schmitt se demande si l'opération de Larrey, qui le forçait à rester au voisinage du foyer septique, et que, du reste, il a choisie, était préférable à l'amputation de la cuisse.

M. Reynier fait remarquer qu'il est probable que les accidents dépendaient plutôt de l'endartérite que de l'embolie, car on n'a pas trouvé de caillot dans les artères en disséquant le moignon. Peut-être donc aurait-on dû faire l'amputation en un point plus élevé. Il est extrêmement difficile, dans les cas de ce genre, de faire le diagnostic de la cause des accidents. Il est bon, quand on fait l'amputation, de ne pas se servir de

la bande d'Esmarch, afin de ne pas déplacer le caillot, s'il existe, et de ne pas refouler les produits septiques.

Les gangrènes érysipélateuses sont, du reste, excessivement rares.

M. Reclus n'a pas observé de faits analogues, mais il pense qu'en présence d'une gangrène, il faut laisser la lésion évoluer et attendre la séparation du mort et du vif pour scier les os. En agissant de cette manière dans la gangrène sénile, on peut ne pas se servir de la bande d'Esmarch et on est sûr de ne pas avoir de complications sphacéliques.

Dans les grands traumatismes, il ne faut pas faire l'amputation immédiate et simplement momifier les membres atteints pour ne les enlever que lorsqu'ils ne vivent plus. M. Reclus rapporte une observation qui est en faveur de cette manière de voir. Il a eu à soigner il y a quelque temps un homme qui avait voulu se suicider en se faisant broyer la tête par un train. Il n'y eut qu'un membre inférieur d'atteint, mais il fut complètement écrasé. Cette mutilation plongea le blessé dans le collapsus, et il était évident qu'il n'aurait pu supporter la désarticulation de la hanche, qui était cependant l'opération indiquée. M. Reclus se contenta d'enlever la partie inférieure du membre presque complètement séparée et de faire, pendant près d'une heure, des lavages abondants avec de l'eau à 55°. Le malade se réchauffa, puis, lorsqu'il alla mieux, on appliqua de la pommade antiseptique dans tous les intervalles musculaires et on exerça une légère compression avec de la gaze. Au bout d'une quinzaine de jours, un second pansement devint nécessaire, à cause de la mauvaise odeur et, après un mois et demi, les parties mortes tombèrent d'elles-mêmes et laissèrent des lambeaux permettant de faire avec succès l'amputation de la cuisse.

M. Quénu est d'avis qu'il ne faut pas appliquer aux gangrènes humides le même traitement qu'aux gangrènes sèches. Dans ce dernier cas, on peut embaumer les parties qui ont été atteintes de traumatisme et n'intervenir que plus tard, car alors l'infection n'est généralement pas à craindre. Il en est tout autrement dans les gangrènes humides. Il y a quelque temps, M. Quénu a soigné un jeune homme de 18 ans atteint d'une artérite de l'artère fémorale. Cette artérite entraîna une gangrène humide avec phénomènes de putréfaction très développés, teinte verdâtre des parties molles, développement de gaz, etc. Les phénomènes généraux étaient en même temps très graves, aussi M. Quénu pratiquait-il de suite l'amputation de la cuisse. Les résultats furent excellents, car, à la fin de la première semaine, la plaie était réunie par première intention.

M. Routier a fait une double amputation, il y a quelques années, sur un nègre atteint de gangrène des deux pieds. Il y avait eu embolie dans les deux fémorales. Pendant l'opération, la bande d'Esmarch fut absolument inutile. La guérison survint sans complications, et lorsque, quelque temps plus tard, on fit l'autopsie du malade, on constata que les fémorales étaient oblitérées et que l'artérite allait jusqu'aux artères iliaques. L'hypogastrique avait servi pour le rétablissement de la circulation.

M. Routier a traité, par l'embaumement, une gangrène du membre supérieur survenue à la suite d'une brûlure. Dans la suite, il a fait une amputation intra-deltoïdienne, qui lui a donné un moignon très beau.

M. Reclus n'a pas voulu parler de gangrènes à marche rapide; dans ces cas, en effet, l'intervention primitive est indiquée dans l'immense majorité des cas. Cependant, dans un cas, il a eu un beau succès par la temporisation. Le malade avait une gangrène traumatique à marche aiguë du membre inférieur. Au lieu d'opérer immédiatement, il a séparé, avec le thermo-cautère, les tissus morts des tissus vivants. La gangrène s'est arrêtée, et plus tard, il a pu faire une amputation suivie d'un bon résultat.

Autrefois M. Berger, dans des cas de gangrène spontanée, a fait des amputations. Comme le résultat était très mauvais, il s'était résolu à laisser l'élimination des parties mortes se faire d'elle-même. Actuellement, on peut considérer que le pronostic des amputations faites dans des cas de ce genre est beaucoup moins grave.

Dans les gangrènes par embolie à marche lente, on doit panser à l'aide de compresses imbibées d'alcool, se servir de poudres absorbantes et laisser la nature agir. Il y a quel-

ques années, M. Berger a soigné, à la Charité, un malade qui avait une gangrène du membre inférieur gauche à marche lente; l'embaumement a donné le temps d'attendre que le sillon d'élimination devînt bien net. M. Berger s'est alors servi de la rugine, pour refouler les parties vivantes et a fait l'amputation avec succès.

L'un des cas de M. Berger se rapporte à un homme de 40 ans qui avait des troubles singuliers du côté des membres inférieurs. Ces troubles, caractérisés surtout par du refroidissement et de l'anesthésie, avaient été suivis de gangrène des deux premiers orteils, à la suite de laquelle M. Verneuil a fait une amputation suivie de guérison. Un an plus tard, les mêmes accidents s'étant reproduits sur le deuxième orteil du pied opposé, M. Berger fit encore une amputation; puis, il y a peu de temps, des douleurs apparurent dans la jambe qui avait été la première atteinte et une escarre envahit la partie inférieure du membre. Les phénomènes généraux étant apparus, on fit l'amputation de la jambe au lieu d'élection et la guérison fut obtenue par première intention. L'examen du membre amputé ne permit de reconnaître ni lésion vasculaire, ni lésion nerveuse.

Pour M. Berger, l'embaumement n'est bon que quand il s'agit de forme sèche ou que l'on peut pouvoir espérer dessécher. Dans le cas contraire, on peut espérer que l'amputation primitive, même si elle est pratiquée près de la région gangrénée, sera suivie de succès.

Pour M. Lucas-Championnière, il est impossible d'établir une loi générale, car les gangrènes sèches, les gangrènes séniles et les gangrènes traumatiques sont très différentes les unes des autres. Il faut agir d'une façon dissemblable suivant les cas. L'expectation peut être suivie de bons résultats dans certaines conditions qu'il est du devoir d'un bon chirurgien de reconnaître. Dans les conditions opposées, au contraire, l'opération immédiate est nécessaire.

M. Bazy rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'embaumement a été suivi de succès.

Dans un cas, il s'agissait d'un vidangeur, qui avait une fracture compliquée de la jambe, causée par la roue de sa voiture. M. Bazy tenta la conservation, mais le troisième jour un érysipèle apparut et envahit tout le membre. Dans ces conditions, on pratiqua les débridements au thermo-cautère; on cautérisa avec l'huile créosotée et l'on fit des pulvérisations d'éther sublimé; l'amputation fut faite tardivement et cependant le succès fut complet.

Dans une autre circonstance, M. Bazy a fait l'amputation d'urgence sur un malade atteint de gangrène spontanée. Les incisions furent faites dans des tissus remplis de gaz, mais l'on traita par les pansements ouverts, et le malade guérit. Des cultures faites avec des liquides provenant de parties malades restèrent stériles.

M. Quénu pense qu'il faut absolument séparer les gangrènes traumatiques des gangrènes spontanées. Dans ces dernières mêmes, il faut distinguer les gangrènes sèches des gangrènes humides, l'amputation convenant pour ces dernières lorsqu'elles tendent à se limiter. La gangrène foudroyante est une affection d'une nature toute spéciale.

M. Verneuil fait remarquer qu'il faudrait établir des catégories dans les différentes espèces de gangrènes, le même traitement étant loin d'être applicable à toutes. Il faut distinguer les gangrènes traumatiques mécaniques ou infectieuses, dans lesquelles le trauma ne joue qu'un rôle minime; les gangrènes emboliques; enfin les gangrènes par artérite, d'origine diabétique, alcoolique, etc. Parfois la temporisation est utile et donne d'assez bons résultats à cause des pratiques antiseptiques. Il est bon d'avoir recours aux pulvérisations phéniquées et au thermo-cautère. Dans les gangrènes foudroyantes, il faudra amputer rapidement. Au contraire, l'intervention rapide doit être exceptionnelle dans les gangrènes emboliques ou par artérite des vieillards.

— M. Picquet présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule pour une fracture récente, avec un très bon résultat.

Au cours de la séance ont été nommés :

1° Membres correspondants étrangers : MM. Mac Even (de Glascow), Alexander Jamieson (de Shangaï), Kümmer (de Genève), de Mooy (Pays-Bas), Romiceanu (Bukharest).

2° Membres correspondants nationaux : MM. Moty (du Val-de-Grâce), Pousson (de Bordeaux), Chénieux (de Limoges), Claudot (médecin militaire), Fontan (de Toulon), Poisson (de Nantes).

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU PRURIT SÉNILE. — E. Besnier.

Acide phénique	4 grammes.
Vinaigre aromatique	200 —

Faites dissoudre. — On lotionne tous les soirs la surface du corps, avec de l'eau chauffée à 40°, à laquelle on ajoute, par litre, deux cuillerées de la solution ci-dessus. On essuie, et on saupoudre ensuite avec l'une ou l'autre des poudres suivantes : Salicylate de bismuth, 20 grammes; amidon pulvérisé, 90 grammes; ou bien, acide salicylique finement pulvérisé, 20 grammes; amidon pulvérisé, 180 grammes. — Bains d'amidon ou d'eau de son. — N. G.

COURRIER

L'*Union médicale* publie aujourd'hui un Supplément de quatre pages.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Aslanian, Lop, Zuccarelli, Rathelot, Lartail et Sepet.

Externes : MM. Isoard, André, Tousten, Bouisson, Chini, Dabo, Jacquemet, Arréat et Gouin.

CONCOURS POUR L'AIDE-CLINICAT A L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts aura lieu dans le courant du mois d'avril 1891. La date exacte de ce concours sera annoncée ultérieurement.

Sont admis à y prendre part les candidats de nationalité française, âgés de moins de 35 ans au jour de l'ouverture du concours et ayant pris au moins douze inscriptions à l'une des Facultés de médecine de l'Etat.

Peuvent également concourir les docteurs en médecine remplissant les conditions d'âge ou de nationalité ci-dessus indiquées.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice le jeudi 12 mars au plus tard.

Cette demande sera accompagnée :

1° De l'acte de naissance ou d'une copie certifiée de lettres de naturalisation;

2° Du diplôme de docteur, s'il existe;

3° D'une attestation constatant ces douze inscriptions;

4° Des titres, états de services et travaux scientifiques;

5° D'un certificat de bonne vie et mœurs;

6° D'un engagement signé par le concurrent, conforme au modèle que les candidats trouveront déposé dans les bureaux de l'hospice national.

Les candidats ayant obtenu le nombre de points exigé pour être admissibles seront classés d'après le mérite de leurs examens. Ils seront nommés au fur et à mesure des vacances dans l'ordre de leur classement; mais ils ne recevront leur titre officiel qu'après un an de service effectif à la clinique.

Ils devraient concourir de nouveau s'ils n'avaient pas été pourvus d'un emploi d'aide de clinique dans le délai de quatre ans à compter de la date du concours.

Les épreuves sont :

1° Un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le jury et le nombre de points attribués aux candidats sera porté à leur connaissance avant l'ouverture des épreuves orales ;

2° Une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition ;

3° Une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

Pour chacune des épreuves, le nombre des points à attribuer aux candidats peut être de 20 au maximum.

Toute épreuve, autre que l'épreuve sur titres, dont la note est inférieure à 9, entraîne la non-admissibilité du candidat.

Un an après le concours annoncé par le précédent avis, il sera créé deux emplois de chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique.

Tout aide de clinique ayant obtenu le titre officiel pourra concourir pour ces emplois.

Les épreuves du concours spécial pour les emplois de chef de clinique consisteront en :

1° Une épreuve pratique de réfraction sur un malade ; il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et cinq minutes pour l'exposition ;

2° Une épreuve clinique portant sur un malade quelconque ; il sera accordé quinze minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour l'exposition.

Le nombre des points à attribuer sera déterminé comme ci-dessus. Une cote spéciale qui aura le coefficient 3 représentera l'ensemble des notes de service obtenues par les aides.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait^t physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur Richelot, une brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Précis d'embryologie adaptée aux sciences médicales, par P. Gilis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface de M. le professeur Mathias Duval. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque Diamant, avec 175 figures dans le texte. Cartonné toile anglaise, tranches rouges. — Prix : 6 fr.

Du chimisme stomacal (Digestion normale, dyspepsie), par MM. G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et J. Winter, préparateur du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18, cartonné toile anglaise. — Prix : 4 fr.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

La neurasthénie (1).

VI

En dehors des principales formes de l'épuisement nerveux, il y a beaucoup d'autres types cliniques de la maladie qui sont fondés sur les associations diverses des symptômes et la prédominance de certains troubles fonctionnels.

Il y a d'abord lieu de distinguer une forme cérébrale et une forme médullaire. Dans la forme cérébrale, les principaux symptômes sont : la céphalée, la sensation de constriction céphalique, la douleur à la nuque, la dépression morale, l'émotivité, les symptômes d'excitabilité des sens, surtout de la vue et de l'ouïe, l'exacerbation de tous les malaises sous l'influence d'un effort intellectuel, les états d'anxiété, l'affaiblissement de la mémoire et de la volonté, souvent le second degré de l'atonie gastro-intestinale avec constipation très prononcée, quelquefois aussi des troubles de la sensibilité générale, comme les sensations de fourmillement dans les

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 20 janvier 1891.

FEUILLETON

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE, LA TERRE ET LES HOMMES, par Élisée RECLUS. — Tome XVII. — Indes occidentales : *Mexique, Isthmes américains, Antilles.*

L'œuvre immense d'Élisée Reclus est actuellement si connue et si bien appréciée qu'il n'est pas nécessaire d'en faire l'éloge. Mais nous devons aux lecteurs de l'*Union médicale* un exposé sommaire des matières que renferme le volume que nous avons sous les yeux et l'indication des principaux rénseignements qu'ils peuvent y puiser pour leurs recherches, leurs travaux, leur édification personnelle.

Mais d'abord une courte remarque. Dans l'ordre que l'auteur avait adopté, le tome XVI, qui est consacré aux *États-Unis d'Amérique*, devait paraître à la fin de l'année 1890. La nécessité d'attendre les résultats d'un recensement en cours ou prochain, pour profiter des documents les plus récents, l'a obligé à reculer d'un an la publication du volume qui doit nous présenter ce pays si intéressant à tant de titres. Or, cet acte consciencieux ne retardera en rien l'achèvement de la grande publication. En effet, on voit que l'année 1890 a eu son volume comme les précédentes, et comme les suivantes l'auront jusqu'à la fin.

Le tome XVII ne le cède en rien à tous les autres. On y trouve la description de régions d'une haute importance, soit en raison de leur nouveauté comme pays civilisés,

membres, ou bien des troubles de la motilité, comme les crampes subites au moment de s'endormir.

Dans la myélasthénie, les principaux symptômes sont : la rachialgie, l'hyperesthésie de la colonne vertébrale, quelquefois limitée à la région cervicale ou à la région sacrée, les douleurs névralgiques du thorax, celles des membres, les fourmillements, les crampes dans les extrémités, l'impotence motrice et la sensation d'effondrement des membres inférieurs, la spermatorrhée, l'impuissance, le refroidissement des mains et des pieds, les troubles de l'innervation vaso-motrice, ceux des sécrétions muqueuses et cutanées, et l'atonie gastro-intestinale.

De plus, on peut aussi distinguer plusieurs types cliniques de l'épuisement intéressant particulièrement ou même exclusivement certains des centres médullaires. Ce qui domine dans certains cas, ce sont les douleurs dans le dos, la rachialgie, les douleurs névralgiques intercostales, abdominales ou lombo-abdominales. Dans d'autres faits, ce sont les symptômes génitaux qui prédominent, ou encore on rencontre des troubles qui ressemblent à ceux du stade préataxique de l'ataxie locomotrice.

On a décrit des neurasthénies cardiaque, génitale, gastro-intestinale, spasmodique, cérébro-cardiaque, névralgique, etc. Les distinctions de ce genre n'auront pas un grand intérêt pratique, ni même théorique. D'ailleurs, toutes ces formes cliniques ont peu de fixité; elles alternent souvent chez le même malade et restent presque toujours associées à quelques-uns des symptômes neurasthéniques.

Dans la grande majorité des cas, la neurasthénie est une maladie chronique, à évolution très longue. Cependant, il existe une forme aiguë sur laquelle a insisté M. Bouchut, et cet auteur rapporte plusieurs observations où l'on voit la neurasthénie éclater subitement et durer quelques semaines seulement; quelquefois même, le malade a succombé sans que l'autopsie ait révélé aucune lésion matérielle appréciable.

---

soit par les événements qui s'y sont passés et qui s'y passent encore, ou par la richesse de leurs produits et l'utilité de leur relations commerciales, telles que le *Mexique*, les *petites et intéressantes républiques de l'Amérique centrale*, qui naissent à la vie moderne et à la puissance du commerce et de l'industrie, depuis qu'elles ont conquis la liberté; et les Antilles, la *Jamaïque*, *Cuba* « la plus précieuse des Antilles », *Haïti*, qui a été une source de richesse pour notre Bretagne, où elle a, sinon créé la ville de Nantes, du moins l'a élevée au rang des belles villes de France, *Puerto-Rico*, la *Guadeloupe*, la *Martinique*, etc. etc.

Dans une vue d'ensemble, l'auteur nous donne un rapide exposé géographique de l'Amérique centrale, où il a su placer des considérations et des vues sociales. Un fait remarquable, cette région, qui appartient à peu près dans son entier à la zone tropicale, est parfaitement accessible à l'homme pour le peuplement et la culture, est recouverte, presque partout, d'une riche végétation, et le cultivateur qui défriche le sol des clairières peut en obtenir des produits en surabondance, tandis que, sous la même latitude, en Afrique, il n'y a que des déserts ! Une autre comparaison n'est pas moins intéressante, c'est celle du Mexique, c'est-à dire de l'Amérique latine, avec les États-Unis du Nord, c'est-à-dire avec l'Amérique anglo-saxone. Si la première ne peut encore se comparer à la seconde pour l'importance relative dans l'équilibre du monde, si le Mexique, encore loin d'une organisation suffisante, dans ses luttes avec les États-Unis, a perdu une portion importante de son territoire, les diverses républiques dont l'Amérique latine se compose deviennent rapidement de plus en plus puissantes et assez fortes pour résister aux

VII

Le pronostic n'est pas réellement grave, du moins quant à la vie, dans l'immense majorité des cas, et l'épuisement nerveux est au nombre des maladies chroniques dans lesquelles l'intervention médicale bien conduite possède une très réelle efficacité. Beaucoup de formes acquises de l'épuisement nerveux peuvent entièrement guerir et, dans les cas dont on ne peut obtenir la guérison complète, les améliorations sont communes et souvent de longue durée. Il faut cependant bien savoir que la neurasthénie peut conduire au suicide et que, en affaiblissant l'organisme, elle prédispose à la tuberculose et aux maladies aiguës intercurrentes. D'autre part, l'atonie gastro-intestinale grave trouble profondément la nutrition et conduit à la dilatation de l'estomac, au prolapsus et à la rétraction de l'intestin. L'hérédité est certainement un élément d'aggravation du pronostic.

Il faut bien connaître les symptômes de la neurasthénie, afin d'éviter de croire que quelques-uns de ces symptômes indiquent le début d'une affection organique du système nerveux. La cérébrasthénie donne parfois l'image du début de la paralysie générale, de la syphilis cérébrale, d'une tumeur encéphalique. Quant à la myélasthénie, elle rappelle, dans quelques cas, le stade préataxique de l'ataxie locomotrice et peut être également confondue avec certaines myélites chroniques. Dans le diagnostic, il faut, avant toute chose, se garder d'attribuer une importance exagérée à un seul symptôme. Ici, comme dans la plupart des maladies, le diagnostic doit être fondé, non sur la constatation d'un symptôme plus ou moins caractéristique, mais bien sur l'ensemble des symptômes observés.

Il faut noter que, dans la neurasthénie, le pouvoir réflexe des centres nerveux est généralement augmenté, tandis qu'il est plutôt diminué dans bon nombre d'affections organiques du système nerveux.

L'hystérie peut être très facilement confondue avec la neurasthénie, d'autant plus qu'il est des cas véritablement intermédiaires et d'autres où les deux névroses se combinent. Dans les cas types, les stigmates de l'hys-

---

agressions de l'étranger. On peut dire, d'ailleurs, et c'est une considération d'une grande importance générale, que le Mexique est aujourd'hui une forteresse avancée à toute l'Amérique espagnole contre les Anglo-Saxons américains. Du reste, le contraste est brusque entre les deux pays; tout change de part et d'autre dès qu'on a traversé le rio Bravo. La lutte de la nation mexicaine contre l'influence des États-Unis est incessante, et, au besoin, ce ne serait pas chez leurs voisins du Nord que les Mexicains chercheraient leurs alliés ou leurs associés.

Dans les conditions géologiques, il est un fait intéressant, qui donne un grand avantage commercial aux républiques maitresses des isthmes, *Guatemala*, *Salvador*, *Honduras*, *Nicaragua*, *Costa-Rica*, dont les côtes sont baignées également par les flots de l'Océan et par ceux du Pacifique. On a même pensé que « tôt ou tard le rôle commercial de la région des isthmes sera de premier ordre, car là sera certainement un jour le grand lieu de passage entre l'Atlantique et le Pacifique ». Colomb, frappé des avantages de cette situation, avait cherché, mais en vain, le long des isthmes une trouée faisant communiquer les deux grandes mers. Or, des passages ont existé; mais, par l'évolution naturelle des roches sous-marines, ils se sont fermés pendant les époques tertiaires et quaternaires; de sorte que les deux grandes Amériques du Nord et du Sud, qui étaient isolées l'une de l'autre et formaient deux continents séparés, se trouvent aujourd'hui liées par une étroite langue de terre, — « le pédoncule américain » — qui est devenue féconde. Et il est à remarquer que les deux populations et leurs mœurs sont entièrement distincts. Les passages qui morcelaient les roches des isthmes, « la nature, dit l'auteur,

térie, c'est-à-dire la crise convulsive, les zones hystérogènes, les anesthésies segmentaires, l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, avec ou sans dyschromatopsie, permettront de faire le diagnostic.

Il faut se garder de confondre la neurasthénie avec l'anémie et ne pas qualifier d'anémiques tous les malades se plaignant sans cesse de malaises nerveux, qu'il est impossible d'attribuer à une affection organique des centres. Enfin, il est toute une catégorie de neurasthéniques qui sont fréquemment qualifiés de goutteux ou de rhumatisants. Ce sont ceux qui souffrent de douleurs erratiques dans les membres, le tronc et la tête, douleurs qui subissent l'influence des variations de température et s'aggravent au moment des orages. Ces douleurs sont de nature nerveuse et, en examinant complètement le patient, on en reconnaît facilement la véritable signification.

VIII

L'influence morale que peut exercer le médecin sur le malade joue le plus grand rôle dans le *traitement* de la neurasthénie. Il est vraiment nécessaire, pour assurer le succès de ce traitement, que le médecin sache gagner la confiance du patient et possède sur lui une autorité incontestée.

Un traitement unique, systématique, ne saurait convenir à toutes les formes de la maladie. Cependant, il est un traitement, celui de Weir Mitchell, réellement systématique, qui repose sur la combinaison de divers agents physiques, qui est applicable aux formes les plus graves de l'épuisement nerveux et qui a déjà donné des preuves d'une très grande efficacité; il faut donc l'exposer complètement.

La méthode de M. Weir Mitchell peut paraître fort étrange aux médecins habitués à la polypharmacie, car il n'emploie, en les combinant du reste systématiquement, que l'isolement, le repos, le massage, l'électricité et une certaine diéthétique aboutissant à la suralimentation.

L'*isolement* est indispensable, et il doit être complet, durable, hors de la

---

les a fermés, c'est à l'homme qu'il appartient de les rouvrir ». Ces considérations justifient les tentatives de percement de l'isthme de Panama.

D'après les délimitations officielles, la superficie totale du Mexique serait de 1,987,063 kilomètres carrés, environ quatre fois la surface de la France. L'Espagnol Cortès, aussi célèbre par sa perfidie et sa férocité que par son habileté et son courage, a été le principal conquérant de ce vaste pays, dont les populations sont loin, même de nos jours, d'appartenir en totalité à ce qu'on appelle la civilisation. C'est lui qui a donné son nom de *Calida fornax* à la « terre brûlante » de la Californie. Beaucoup plus tard, presque de nos jours, le voyage d'Alexandre de Humboldt, en raison de ses considérables et utiles résultats, a été qualifié de « seconde découverte du Mexique ».

Ce curieux pays, qui a eu sa célébrité et dont l'antique civilisation, très remarquable, a été détruite par ses conquérants européens, est une haute terre sur laquelle s'élèvent des massifs et des chaînes de montagnes. Son altitude moyenne est évaluée à la hauteur considérable de 1,105 mètres. Par l'irrégularité de sa surface, il se prêtait à une description pittoresque et savante, et cette description est pleine d'intérêt sous la plume de l'auteur, qui s'est attaché à nous faire connaître la distribution de ses montagnes, ce qui était un bon moyen de nous faire connaître l'aspect général de la contrée. Parmi ces montagnes, les volcans du Mexique sont célèbres, en particulier le Popocatepelt ou le « Mont-Fumée », qui en est le plus fameux, représenté sous nos yeux par une image très belle, et le Jorullo, qui apparut vers la fin de 1759, au milieu de campagnes en culture, sous lesquelles on entendait, depuis des mois, rouler de longs tonnerres.

maison et de la famille. Quand il s'agit d'une forme grave de la maladie, il faut absolument soustraire la malade au milieu dans lequel elle a longtemps vécu et souffert, et la placer dans un appartement spécial ou une maison de santé. La patiente doit rester en tête à tête avec une garde judicieusement choisie, et ne recevoir d'autres visites que celles de son médecin. Quelquefois, l'isolement provoque une recrudescence de tous les malaises et de tous les symptômes, mais cette sorte de révolte finit toujours par se calmer. L'isolement a pour but de restaurer la volonté, de relever l'énergie morale, et il peut être cessé lorsque ce résultat est obtenu. En général, sa durée est de deux ou trois mois.

Dans les formes graves de la neurasthénie, le *repos* est aussi indispensable que l'isolement. Il doit être absolu, complet pendant les premières semaines, et la malade doit rester au lit dans le décubitus horizontal, condamnée à l'inactivité totale, au calme et même à un silence relatif. Le repos a malheureusement des inconvénients; il tend à diminuer l'appétit, à augmenter la constipation, etc.; mais les autres agents du traitement, le massage, la faradisation des masses musculaires et les mouvements passifs combattent ces désavantages. Dans les formes graves, l'immobilité est complète pendant les premiers jours, puis ensuite la malade peut s'asseoir, une, deux ou trois heures, sur son lit. Elle ne se lève pour rester assise qu'au commencement du deuxième mois, et ce n'est que dans la seconde quinzaine de ce mois que la station verticale et les tentatives de marche seront permises.

Le *massage* imprime aux muscles une sorte de fonctionnement passif qui prévient les fâcheux effets de leur inactivité. Il comprend divers temps, le pincement et la friction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, la malaxation, puis la percussion des masses musculaires, la mobilisation des articulations. Ces diverses manœuvres sont exécutées successivement, suivant les règles, sur le pied, la jambe, la cuisse, la main, l'avant-bras, le bras, puis sur les régions du tronc. Le massage des gouttières vertébrales et celui de l'abdomen sont très importants. Au début du traitement, les

---

Du reste, l'auteur a traité la question géographique proprement dite de la manière la plus complète et avec son talent ordinaire. Ainsi, après les montagnes et les volcans, il a passé en revue : les cours d'eau, ce qui lui a donné l'occasion de décrire l'énorme voûte appelée « Pont de Dieu », dans les galeries de laquelle parcourues par une rivière, on a trouvé des corps humains entièrement revêtus de stalactites, et de nous faire admirer dans un charmant dessin la fameuse cascade de Regla, bondissant du haut d'une brèche ouverte à travers des piliers de basalte; — le rivage mexicain du Pacifique comparé avec la rive atlantique; — les lacs, dont l'étude démontre que la superficie et la contenance des lacs de Mexico n'ont cessé de diminuer depuis trois siècles et demi, de telle sorte que la capitale, qui était jadis une « cité lacustre » environnée d'une plaine recouverte par les eaux, se trouve maintenant en terre ferme, et n'a plus à craindre une seconde inondation comme celle qui, au commencement du XVIIe siècle, malgré son altitude, remplit ses rues d'une couche de 3 mètres d'eau; — le climat, qui, bien que présentant les plus grands contrastes, en raison des variations de son territoire, est, dans l'ensemble, sinon l'un des plus salubres, du moins l'un des plus agréables du monde; — la flore, qui varie d'une manière remarquable avec les conditions du sol, et qui nous fournit le renseignement suivant qu'il importe de reproduire : « Le Mexique, si riche en plantes de toute espèce, en a donné beaucoup à l'Europe : c'est de là que nous sont venus le chocolat, dont le nom aztèque s'est conservé, les arachides, qui en espagnol gardent aussi leur dénomination mexicaine, cacahuate (*tlacacahuatl*), les ananas, la précieuse pomme de terre, la tomate, *tomatl* des Indiens, qui la plantaient dans les champs de

séances seront courtes, puis on en augmentera progressivement la durée, en même temps que les manœuvres seront pratiquées avec une énergie croissante.

L'électricité remplit à peu près les mêmes indications que le massage. M. Weir Mitchell se sert de courants interrompus et recommande les intermittences lentes. On peut aussi, du reste, employer les courants induits.

Le massage et la faradisation améliorent beaucoup l'état des fonctions digestives et font tolérer les aliments, de telle sorte qu'on peut arriver à une véritable suralimentation. S'il s'agit d'une neurasthénique anémique et grasse, on débute par le régime lacté exclusif. La malade prend chaque jour, en plusieurs fois, deux litres de lait écrémé. Elle est pesée tous les jours, et la dose quotidienne de lait est progressivement restreinte jusqu'à ce que l'on ait obtenu une perte sensible de poids. Après six ou huit jours de diète lactée, la patiente fait un léger déjeuner. Deux jours plus tard, elle mange une côtelette à midi; deux ou trois jours ensuite, on lui donne deux ou trois fois par jour, du pain et du beurre. En augmentant ainsi progressivement la ration alimentaire, la malade arrive, au bout de dix jours environ, à faire trois repas complets par jour et elle continue, en outre, à prendre un ou deux litres de lait, soit aux repas, soit dans leur intervalle. Aux aliments habituels, il est bon de joindre de l'extrait de malt liquide. Il est important que les corps gras entrent pour une part importante dans l'alimentation. On peut faire un usage modéré de l'alcool. Lorsque apparaissent d'abondants sédiments d'urate, cela indique que la suralimentation a été poussée trop loin et il faut réduire la quantité des aliments azotés. On devra revenir, pendant deux ou trois jours, à la diète lactée, quand il y aura des retours offensifs de la dyspepsie.

On pourra employer quelques médicaments : le café noir et l'aloès contre la constipation, le fer pour combattre l'anémie, etc. Il faut combattre avec énergie l'habitude des narcotiques.

La méthode de M. Weir Mitchell est indiquée par les formes graves et invétérées de la maladie, toutes les fois que la volonté et l'énergie morale

---

maïs. Le tabac, que l'on fume en Europe, est aussi une plante mexicaine. L'agave et diverses espèces de cactus ont été importés de l'Anahuac, de même que le jalap, la salsepareille et d'autres plantes médicinales, des baumes, des gommes et des résines »; — la faune, qui est très variée et d'un grand intérêt, qui présente, comme la flore, des natures diverses tout à fait solidaires des particularités du sol, et où nous trouvons entre une foule d'animaux intéressants, l'étrange axolotl, qui a donné lieu à des recherches approfondies; etc., etc.

L'auteur n'a rien négligé, rien omis : l'origine des populations qui occupaient le Mexique à l'arrivée des Espagnols et leur civilisation supérieure; l'homme quaternaire, restes curieux, provenant d'une époque antérieure à la civilisation aztèque, mêlés à des débris de cuisine; la soudaine irruption des Espagnols, qui vinrent mêler de force les civilisations et les races; la destruction d'une foule de documents historiques précieux, qui furent brûlés par les conquérants comme suspects de nécromancie; l'art au Mexique, l'architecture, la cathédrale de Chihuahua, celle de Mexico, les maisons, les temples, les pyramides, les aqueducs, les réservoirs; le culte public, d'abord doux et clément, devenu atroce, qui exigeait que les graines qu'on présentait sur les autels pour faire bénir les récoltes fussent réduites en farine et pétries avec le sang des enfants et des vierges, puis la pâte faite de la cendre des pères avec la chair des fils; le piton de l'Estrella, ou de l'Etoile, fameux dans l'histoire religieuse du Mexique, où les prêtres s'assemblaient à la fin de chaque cycle de cinquante-deux années pour inaugurer un nouveau cycle, en allumant le feu sacré par la friction des baguettes saintes, qui

ont subi une profonde atteinte. Les lésions aiguës ou subaiguës de l'utérus ou de ses annexes contre-indiquent son emploi, mais on peut y avoir recours dans les lésions chroniques.

L'isolement est souvent très difficilement accepté du malade et de son entourage. Or, il est toute une catégorie de neurasthéniques que l'on peut guérir ou améliorer en les laissant dans leur famille; tels sont ceux qui sont tombés dans l'épuisement nerveux à la suite de travaux intellectuels, de préoccupations d'affaires, de fatigue physique. Un simple déplacement à la campagne peut alors suffire. Par contre, les dépressions morales profondes, la plupart des états anxieux et l'intoxication narcotique réclament le séjour dans un établissement spécial. L'isolement est encore nécessaire dans la plupart des cas de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale.

Le repos ne convient pas et peut même devenir nuisible chez les malades qui souffrent simplement de symptômes cérébraux et, dans ces cas, ce n'est que lorsqu'il y a des vertiges intenses et fréquents qu'il faudra y recourir. L'anémie prononcée est une indication du repos, qui est aussi nécessaire dans toutes les formes de la myélasthénie et dans l'atonie gastro-intestinale grave. Il faut, du reste, le doser suivant les indications propres à chaque cas, et il est souvent utile de régler jusque dans les moindres détails le programme de la journée.

Le repos absolu du cerveau est indispensable dans les formes intenses de la cérébrasthénie, mais, en dehors de ces cas, il est plutôt utile de permettre au malade une certaine activité de l'esprit en dirigeant cette activité sur des sujets nouveaux et variés.

Le massage convient, dans la plupart des cas de myélasthénie, chez les neurasthéniques amaigris, anémiques, et chez ceux qui souffrent de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale.

L'électricité a de nombreuses applications, et Bird a recommandé la galvanisation générale du tégument. On peut aussi employer des courants interrompus et une électrisation générale de ce genre, quand elle est faite

---

n'avaient de vertu que trempées dans la poitrine ouverte d'un jeune homme sacrifié aux dieux; les massacres religieux immenses, décrits par l'auteur, mais qu'il suffit de rappeler, car ils sont bien connus; l'ère de transformation de l'Anahuac par les Espagnols, époque affreuse, où l'on voit les conquérants, au Mexique comme aux Antilles, faire mourir les indigènes qui résistaient, ou les soumettre à un régime d'esclavage sans pitié, cruautés justifiées dans une lettre à l'archevêque de Cosenza, en ces termes : « Une longue expérience a démontré la nécessité de priver ces hommes de la liberté et de leur donner des guides et des protecteurs », protection qui a eu pour résultat la mort de douze à quinze millions d'indigènes; la diminution rapide de la race des Indiens et par suite la prépondérance des métis; certains détails de mœurs, entre autres l'opinion curieuse du Cochimi, qui tenait toute espèce de vêtement pour une honte, et cette coutume dégoûtante en vertu de laquelle certaines peuplades attachaient par un fil un gros morceau de viande que, tour à tour, chacun des compagnons mâchait et avalait à demi, pour le retirer ensuite et le passer à un autre, jusqu'au dernier convive; l'étude physiologique et anatomique des populations; les maladies particulières de la région; les ruines préhistoriques, chapitre très intéressant; le *cerro* (colline) de las Campanas, qui porte à mi-flanc un petit monument de trois pierres indiquant l'endroit où, en 1867, l'empereur Maximilien et ses deux généraux, Miramon et Mejia, tombèrent fusillés, par application de la loi que Maximilien lui-même avait signée, le 3 octobre 1865, en condamnant à mort les Mexicains combattant pour leur indépendance; la richesse immense des mines et des carrières de toute sorte; les chemins de fer, qui ont permis

le soir, réussit souvent mieux que les médicaments hypnotiques à procurer un bon sommeil.

Les courants forts ont de réels inconvénients. Les applications locales de courants continus sur certains organes particulièrement frappés par l'épuisement nerveux, tels que l'intestin, l'estomac, etc., sont très efficaces. Il faut employer de larges électrodes, de façon à ce que le courant pénètre par une très grande surface.

L'hydrothérapie est souvent utile; il faut recourir aux procédés doux, dont un des meilleurs est l'enveloppement dans un drap trempé dans de l'eau à 28° ou 30°, avec lequel on frictionne le patient pendant une ou deux minutes; on peut progressivement abaisser la température de l'eau à 20° et même 15°. Un court bain frais à 30° est quelquefois utile dans les cas de prostration prononcée et un bain tiède à 33° ou 34° combat assez bien les symptômes d'excitation. Quand ces symptômes dominent, l'eau de mer et l'air marin ne sont pas favorables. La douche en pluie, faite au début, avec de l'eau à 22° ou 24°, et dirigée de préférence sur le dos et l'abdomen, est aussi très utile.

Le séjour dans les montagnes jouit d'une vogue méritée dans le traitement des états neurasthéniques, et une altitude moyenne de 1,000 à 1,200 mètres est généralement suffisante. La cure a lieu pendant l'été et doit durer de six semaines à deux mois. Naturellement, pendant ce séjour dans les pays à excursions, il importe de doser avec soin l'activité physique.

La suggestion hypnotique peu expérimentée doit être laissée de côté et il faut se borner à celle qu'un médecin, patient et persévérant, pratique sans hypnotisme sur le malade à l'état de veille.

Pour ce qui est des préparations pharmaceutiques, on ne devra avoir recours qu'aux bromures alcalins dans les cas d'excitation cérébrale ou de douleurs vives; et à quelques médicaments hypnotiques, tels que le chloral et la paraldéhyde dans les insomnies très rebelles. Il faudra alors donner des doses assez fortes deux ou trois fois par semaine.

---

en 1889, de se rendre en onze jours de Mexico à l'Exposition du Champ-de-Mars, etc., etc.

Il est évident qu'il est impossible, dans un simple feuilleton, de suivre tous les récits, tous les détails de cette description si complète et si compacte de la terre et des hommes dans l'Amérique centrale. Mais nous signalerons encore la description de Mexico, de ses monuments, de ses promenades, celle des principales villes, telles que la Vera-Cruz, Puebla, de cruelle mémoire, Orizalba, la distribution naturelle insolite et curieuse des eaux dans le Yucatan, les cultures, l'industrie et le commerce du Mexique, le singulier partage du sol, qui, de Saltillo à Zacatecas, sur un espace d'environ 300 kilomètres, appartient à trois propriétaires, les restes de fanatisme qui, en 1874, non loin de Vera-Cruz, ont fait brûler vifs deux prétendus sorciers, une mère et son fils, comme coupables d'avoir fait périr un jeune homme par envoûtement, la statistique générale des États-Unis du Mexique, le gouvernement et l'administration.

L'œuvre de ce XVIIe volume est complétée par la description des régions du « pédoncule américain », du golfe du Mexique, de la mer des Antilles ou des Caraïdes, de celle des Antilles grandes et petites. C'est un livre sérieux, mais sa lecture a plus de charme, et certainement plus d'intérêt, que celle de beaucoup de romans célèbres. Ainsi qu'on l'a dit ailleurs : « M. Élisée Reclus excelle surtout à faire vivre sous les yeux de ses lecteurs les populations qu'il décrit; en quelques traits caractéristiques qui dépeignent merveilleusement les mœurs, le costume ou l'alimentation des peuples, il fait ressortir le côté original par lequel chacun d'eux se distingue des autres. »

Dr G. Richelot père.

L'implantation de dents artificielles.

M. le docteur Znamensky, professeur libre d'odontologie à l'Université impériale de Moscou, a fait au quatrième Congrès Pirogoff, le 19 janvier 1891, une communication dont voici le résumé :

Il s'agit de la fixation mécanique des dents de porcelaine dans les alvéoles.

Jusqu'ici, on n'avait réussi à fixer que des dents naturelles, soit humaines, soit canines; on échouait toujours avec les dents artificielles, en porcelaine, par exemple.

Le premier, le docteur Znamensky, est arrivé à des résultats tout à fait satisfaisants; des dents artificielles, soit en porcelaine, soit en caoutchouc, placées dans les alvéoles dentaires, ont été fixées et fonctionnent comme des dents naturelles. Il a fait des expériences sur le chien et sur l'homme.

Pour le succès de l'opération, il est indifférent que la dent artificielle soit posée à la place d'une dent qui vient d'être extraite, ou bien que l'alvéole soit depuis longtemps fermée. Le résultat est le même, que la dent soit en porcelaine, en métal ou en caoutchouc.

« Je pratique, dit l'auteur, à la racine des dents artificielles des ouvertures qui la traversent de part en part. On peut également faire des incisions sur la périphérie de la racine. Un tissu granulé, partant de la moelle de l'os, se forme et pénètre dans les ouvertures de la racine; bientôt il s'ossifie et retient la dent artificielle dans son alvéole avec une solidité remarquable. Je ferai paraître sous peu de nouveaux détails dans un journal spécial. »

REVUE DES JOURNAUX

Emploi du salicylate de soude dans le traitement des rhumes. — Dans un des derniers numéros du *Memphis Medical Journal*, le salicylate de soude est signalé comme particulièrement efficace dans le traitement des rhumes graves aussi bien que dans celui de l'inflammation des amygdales. L'emploi d'un mélange de 15 grammes de salicylate de soude et de 15 grammes de sirop d'écorce d'orange, avec la quantité suffi sante d'eau de menthe pour faire une potion de 120 grammes, est conseillé à la dose d'une cuillerée à dessert toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'action spéciale du salicylate se manifeste par le tintement dans les oreilles. La souffrance du front, des yeux et du nez, en même temps que les éternuements et l'écoulement du nez, diminuent considérablement, et disparaissent entièrement en peu de jours, sans laisser à leur suite, comme cela a lieu ordinairement, une toux causée par l'extension de l'inflammation aux bronches. (*The Ther. Gaz.*, 15 janvier 1891.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un travail intitulé : « Carcinome annulaire du col et du vagin; grossesse avancée opération césarienne à huit mois et demi; mort de la mère cachectique le dix-huitième jour; mort de l'enfant à l'âge de trois mois », par M. le docteur Jeannel (de Toulouse);

2° Un pli cacheté sur le traitement de la tuberculose, adressé par M. le docteur Picot (de Bordeaux).

— L'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire a donné les résultats suivants : MM. Weber, 40 voix (élu); Mégnin, 32 voix.

Traitement chirurgical des ictères. — M. Routier rapporte une observation de coliques hépatiques à répétition ayant entraîné la production d'un ictère chronique, de l'amaigrissement et finalement de la cachexie. Un mois après le début des accidents, on fit une laparotomie exploratrice. Malgré une exploration attentive de la vésicule qui n'était pas distendue, des canaux vecteurs de la bile et de la tête du pancréas, on ne trouva pas trace de l'obstacle et le ventre fut refermé. L'amélioration fut rapide à la suite de cette sorte de massage des voies biliaires et la malade guérit, la convalescence ayant cependant été entravée par une broncho-pneumonie.

Probablement il y a eu déplacement d'un bouchon muqueux.

Cerveau traversé par une balle. — M. Le Dentu montre un cerveau qui avait été traversé par une balle dans la région temporale droite. Le malade eut primitivement de l'aphasie, de l'hébétude, une paralysie du facial, des muscles frontal et sourcilier du même côté que la blessure; un peu de parésie du membre supérieur. Dès le deuxième ou troisième jour apparurent des convulsions épileptiformes du côté blessé. La mort survint par congestion pulmonaire. A l'autopsie, on trouva que la balle avait traversé les deux lobes frontaux et qu'il y avait un foyer de contusion cérébrale au pied de la deuxième circonvolution frontale, se prolongeant sous la frontale ascendante jusque près du sillon de Rolando.

La vaccination obligatoire. — M. Colin reconnaît l'utilité de l'isolement et de la désinfection, mais ces pratiques sont très inférieures à la vaccine. Ce qui se passe dans l'armée, où la mortalité par variole diminue de jour en jour, démontre surabondamment les effets prophylactiques des inoculations jennériennes. Actuellement, il n'y a pas à craindre de résistance sérieuse, car le seul danger réel, la propagation de la syphilis, a disparu par suite de la généralisation de l'emploi de la vaccine animale.

M. Colin propose même, dès maintenant, avant que la loi imposant la vaccine ne soit faite, de pratiquer d'office des vaccinations dans les populations qui sont le plus exposées aux épidémies.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 janvier. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Féréol lit une observation de M. Dionis des Carrières (d'Auxerre) intitulée : *Cas de fièvre typhoïde se produisant depuis huit ans dans une ferme.* M. Dionis des Carrières a fait déjà une communication sur cette épidémie à longue durée. Depuis juin 1890, sur 34 individus employés dans cette ferme, il y a eu 15 cas de fièvre typhoïde et 4 décès. L'eau du puits de la ferme, dont le niveau est très variable, contient le bacille typhique et un grand nombre d'autres micro-organismes. Des recherches minutieuses ont démontré que l'eau de ce puits est souillée par des infiltrations de matières fécales.

M. Rendu : Les médecins qui exercent à la campagne ont souvent observé des faits analogues. C'est, en effet, bien souvent dans la même maison, dans le même hameau, que se produisent, quelquefois à plusieurs années d'intervalle, des cas de fièvre typhoïde. Le bacille typhique aurait donc une vitalité très grande et pourrait, après un sommeil plus ou moins prolongé, reprendre toute sa vitalité dans certaines conditions. La variation du niveau d'eau est une de ces conditions et non des moins puissantes.

FORMULAIRE

Traitement de la névralgie intercostale. — L. Ménard.

Le traitement local consiste en pointes de feu, vésicatoires sur les points douloureux, badigeonnages iodés, douches froides et chaudes. A ces moyens, il y a lieu d'ajouter la médication narcotique, les liniments anodins, les injections hypodermiques de morphine, d'atropine, d'antipyrine, de chloroforme. On s'efforcera, en outre, de combattre les causes

diverses qui peuvent provoquer la névralgie intercostale. Comme le nervosisme est presque toujours en cause, ainsi que l'anémie, on aura recours à l'hydrothérapie et aux préparations ferrugineuses. On attaquera la diathèse rhumatismale à l'aide du salicylate, de l'antipyrine, des sudations; et dans les cas chroniques, au moyen des sulfureux, des alcalins, des eaux thermales. — Les vésicatoires volants souvent renouvelés ont toujours produit d'excellents résultats. — Lorsque la névralgie est arrivée à son déclin, on couvre la paroi thoracique d'une couche d'ouate iodée ou d'un emplâtre agglutinatif. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

LES MÉDECINS ET LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — Les médecins de Chalon-sur-Saône viennent d'adopter le réglement qui suit :

Article premier. — Il n'y aura plus de médecin spécial pour les Sociétés de secours mutuels existantes ou à créer, de la ville et de la campagne. Toutefois les médecins qui donnent actuellement des soins par abonnement aux Sociétés pourront continuer leurs fonctions.

Art. 2. — Si une place de médecin devient vacante par suite de la démission volontaire et écrite du titulaire, ou pour toute autre raison, aucun médecin ne sera plus, à l'avenir, spécialement chargé de donner des soins à cette Société, mais tous les médecins soussignés seront appelés, suivant les préférences des membres sociétaires, aux conditions de l'article 4.

Art. 3. — Les Sociétés qui viendraient à s'adresser à un médecin seront invitées par celui-ci à s'entendre avec le Président de l'Association des médecins, qui leur fournira les explications nécessaires ainsi que la liste de tous les confrères qu'elles pourront faire appeler.

Art. 4. — A partir du 1[er] janvier 1891, les visites et consultations seront fixées à deux francs pour toutes les Sociétés de Chalon qui ont et auront le libre choix du médecin. — Le payement sera effectué par la caisse de la Société.

Art. 5. — Avis des présentes décisions sera immédiatement donné à MM. les Présidents des Sociétés intéressées.

Art. 6. — Les conditions énoncées plus haut ne concernent ni les opérations sérieuses, ni les accouchements, lesquels seront librement et consciencieusement appréciés, quant aux honoraires, par le médecin traitant.

Art. 7. — Dans le cas où l'un des médecins soussignés viendrait à violer le présent réglement, ses confrères s'engagent à lui refuser tout concours dans l'exercice de sa profession.

Art. 8. — Lorsqu'un médecin viendra s'établir à Chalon, la Commission permanente lui donnera, sans délai, communication du règlement, avec prière d'y adhérer. En cas de refus, le médecin tombera sous l'application de l'article 7.

Art. 9. — En ce qui concerne les Sociétés ayant deux médecins, lorsque l'un d'eux cessera définitivement ses fonctions, il ne pourra être pourvu à son remplacement; son confrère continuera seul à donner des soins à cette Société.

Art. 10. — L'Assemblée décide qu'elle se réunira le premier samedi des mois de janvier, avril, juillet et octobre de chaque année.

Art. 11. — Le présent règlement sera imprimé et distribué à tous les médecins faisant partie de l'Association.

Art. 12. — MM. les docteurs Sassier, Lagrange et Trostat sont nommés, à l'unanimité, membres du Bureau, chargé de veiller aux intérêts de l'Association.

Art. 13. — Le tarif spécial d'honoraires pour les Sociétés de secours mutuels et la clientèle privée de la ville et de la campagne sera annexé au présent règlement.

— L'assemblée générale de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, approuvée par arrêté ministériel du 7 décembre 1886, dont le siège social se trouve, 8, boulevard Saint-Denis, aura lieu le dimanche 8 février, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

La Faculté de médecine de Paris au Conseil général des Facultés. — Le Conseil général des Facultés et Ecole supérieure de pharmacie de Paris a tenu sa séance à la Sorbonne.

Après des communications diverses, M. le président raconte une visite que le ministre de l'instruction publique a faite incognito à la Faculté de médecine pour se rendre compte des besoins généraux et de l'état des services. Il en a remporté deux impressions : la première excellente, concernant la bonne organisation et la conduite des travaux des élèves; la seconde désastreuse, en présence de l'immensité des nouveaux bâtiments et des dépenses d'entretien et de chauffage qu'ils nécessitent et nécessiteront encore plus dans l'avenir.

De là la résolution qu'il a prise de procéder à une enquête sérieuse des besoins matériels de l'enseignement supérieur à Paris et de demander ensuite une augmentation de crédit aux Chambres pour y subvenir. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'outre la Faculté de médecine, on reconstruit la Sorbonne et bientôt la Faculté de droit et que les conséquences de ces reconstructions vont être une grosse augmentation des dépenses de chauffage, d'éclairage et d'entretien.

Puis M. le professeur Sabatier a été désigné pour servir de rapporteur général au Conseil pour l'année 1891. Enfin, M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences, a lu le rapport de la commission de la bibliothèque de l'Université, qui se termine par deux vœux, le premier pour que cette bibliothèque profite dans une plus large mesure des ouvrages auxquels des souscriptions de l'Etat sont accordées, le second pour qu'elle soit éclairée à l'électricité. Une commission est nommée sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, pour étudier les avantages et les inconvénients de ce système d'éclairage. (*Progrès méd.*)

Faculté de médecine de Paris. — *Prix.* — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants : Prix Chateauvillard (2,000 fr.) : 1° 1,000 fr. à MM. les docteurs Morel-Lavallée et Belières (de Paris) pour leur travail en collaboration sur la syphilis et la paralysie générale; 2° 500 fr. à M. Dupuy pour son ouvrage sur les alcaloïdes; 3° 500 fr. à M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg) pour son ouvrage sur la résection du genou. — Prix Montyon : M. le docteur Paul Raymond (de Paris) pour son travail sur la grippe à Paris en 1889-90.

Association générale des étudiants de Paris. — L'Association générale des étudiants de Paris vient de procéder au renouvellement intégral annuel de son comité. Le bureau du comité a été constitué, pour l'année 1891, de la façon suivante : président, M. Henry Bérenger; vice-présidents, MM. Emile Merwart et Marcel Léné; secrétaires, MM. Georges Schielz et Maurice Picard; trésorier, M. Henri Meuret; bibliothécaire, M. Paul Wiriath.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La discussion à l'Académie de médecine sur la vaccination obligatoire prend des proportions qu'il était facile de prévoir dès le début. Notre numéro de jeudi donne le résumé de ce qui s'est dit dans la séance du mardi à l'Académie; nous attendrons la fin de cette intéressante discussion pour en faire un exposé d'ensemble.

— Nous adressons nos sincères félicitations à M. Weber, élu membre de la section de médecine vétérinaire contre M. Mégnin, désigné par une belle minorité à la prochaine place vacante dans cette section.

— Quelques-uns de nos lecteurs ont bien voulu nous demander ce que nous pensions de la valeur thérapeutique des injections de sang de chèvre aux phthisiques. Nous ne pouvons dire pour le moment qu'une chose, c'est que les expériences faites par MM. Bertin et Picq (de Nantes) paraissent donner des résultats favorables; mais ces résultats sont encore trop récents pour qu'on puisse avoir une opinion ferme à cet égard. En tout cas, elles sont, jusqu'à présent, comme celles de sérum de sang de chien, dont nous avons parlé dans notre dernier *Bulletin*, exemptes de danger, et sont basées sur une idée rationnelle. — L.-H. P.

FEUILLETON

CAUSERIE

L'organisation toute spéciale des Associations des étudiants allemands favorise-t-elle les études?

Est-elle un élément essentiel dans la prospérité des Universités allemandes? Voici ce qu'en pense un étudiant français qui a vécu assez longtemps au milieu d'eux :

On arrive en Allemagne avec l'idée que les études y sont très fortes et que les étudiants allemands travaillent plus que nous ne le faisons en France.

Et l'on est d'abord tout désillusionné. Bientôt on passe à l'extrême et l'on croit volontiers que les étudiants allemands ne travaillent guère.

Quand travailleraient-ils, en effet? On sait qu'ils se lèvent tard presque tous. Toute la journée on les rencontre dans les couloirs de l'Université, à la salle de lecture. Le soir, ils sont fréquemment au théâtre; une ou deux fois par semaine, ils ont Kneipe. Joignez-y les séances d'escrime, les duels fréquents auxquels on assiste en corps. Que reste-t-il pour les études? — Enfin, quand on y regarde de plus près, on se rend compte que les deux opinions sont justes, c'est-à-dire qu'il y a dans une Université allemande, comme dans toute Université, des étudiants qui travaillent peu et des étudiants qui travaillent beaucoup et que les premiers cachent les autres, parce qu'ils occupent le devant de la

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

Sur un cas de polyurie.

Messieurs, au n° 12 *bis* de la salle des hommes est couché un malade atteint d'une polyurie assez abondante, puisque dans les dernières vingt-quatre heures il a rendu 5 litres 1/2 d'urine. L'examen de cette dernière a montré qu'elle ne contenait ni albumine ni sucre; la quantité d'urée était de 3 gr. 3 par litre, ce qui faisait 18 grammes pour les vingt-quatre heures, c'est-à-dire une proportion physiologique. Les chlorures et les phosphates étant aussi en quantité normale, il semblait que l'on eût affaire à de l'urine normale diluée. Aussi, au début, eûmes-nous des doutes sur la réalité de la maladie; mais en faisant uriner le malade devant nous, nous pûmes nous convaincre qu'il n'y avait pas de simulation. La densité de l'urine était très faible, 1,025 environ, sa couleur pâle ou légèrement verdâtre, et, très certainement, nous nous trouvions en face d'un véritable polyurique.

Les antécédents du malade sont assez difficiles à établir d'une façon absolument certaine, parce que l'exactitude des faits qu'il raconte est loin d'être complètement prouvée. C'est, en effet, et j'aurai l'occasion de vous en reparler tout à l'heure, c'est, en effet, dis-je, un nerveux. Or, les malades de ce genre ne mentent pas toujours volontairement, mais altèrent la vérité d'une manière pour ainsi dire inconsciente, en se faisant les complices de leur imagination.

Quoi qu'il en soit, voici ce qui semble résulter de l'interrogatoire du malade. Il y a eu quatorze enfants dans sa famille, parmi lesquels un certain nombre de frères sont morts. La mère a eu de l'anasarque et semble avoir succombé à une maladie du cœur. Un certain nombre des personnes de la famille avaient certainement un tempérament nerveux; d'autre part, le malade saigne facilement, un peu plus que cela ne se voit chez la plupart

---

scène, parce que ce sont eux que l'on voit tout d'abord, que l'on connaît, que l'on fréquente : les membres des *Vereine*, et en particulier des *Vereine* à couleurs. (Prière à nos lecteurs de ne pas prendre ça pour des lanternes.)

*
* *

La série des *Kochiana* n'est pas près de finir. En voici deux; pour aujourd'hui, c'est assez.

Les médecins allemands, qui, d'après la *Pall Mall Gazette*, sont loin d'avoir oublié leur animosité contre M. Morell-Mackenzie, sont furieux à l'idée qu'il a pu se procurer de la lymphe de Koch et qu'il a été ainsi un des premiers à démontrer ses effets curatifs. (Entre nous je me méfie un peu de ces résultats, qui me semblent au moins prématurés.) Il y a quelques semaines (c'est-à-dire vers le 15 décembre) on savait à Berlin que M. Morell cherchait à avoir de la lymphe. « Il n'en aura certainement pas », a dit M. von Bergmann à un journaliste. Et cependant M. Morell en a eu. Comment s'y est-il pris? C'est là une question qui intrigue beaucoup les médecins berlinois; et vraiment il n'y a pas de quoi. Car avec de l'argent, étant donné qu'un produit est à vendre pour 37 francs le gramme, ou les 5 grammes, on peut toujours s'en procurer. Et c'est ce qui a eu lieu.

La seconde *ana* est plus jolie. Bien des explications ont été données, bienveillantes ou malveillantes, sur les tentatives thérapeutiques qui ont été faites avec la lymphe de Koch. En voici une que donnait, il y a quelques jours, un de nos maîtres les plus éminents en

des gens, et une de ses sœurs avait aussi une tendance aux hémorrhagies. On ne peut pas dire cependant qu'il y ait de l'hémophilie, et il s'agit simplement d'une tendance hémorrhagique.

Notre malade est un marin. Il est tombé à l'eau un grand nombre de fois, soit volontairement, soit pour faire des sauvetages, dont il semble un peu exagérer le nombre, puisqu'il prétend avoir secouru 34 personnes. Comme maladies, il a eu du rhumatisme articulaire et des fièvres intermittentes au Sénégal. Il y a peu de temps, lorsqu'il revenait en France, un obus a éclaté près de lui par accident, lui a brûlé les yeux et fait une plaie derrière la tête. L'ébranlement qu'il a subi a été considérable et l'a forcé à entrer au Val-de-Grâce où il est resté quelque temps.

Une fois guéri, il a pu reprendre la vie active et nous raconte qu'il s'est jeté à l'eau une fois de plus, pour aller au secours d'une personne qui se noyait. A la suite de cette immersion, il a eu une paralysie du bras gauche, qui, pendant quelque temps, a été complète. Puis, il y a trois mois, est apparue la polyurie, tellement considérable qu'il rendait par jour de 6 à 7 litres d'urine. Il semble alors avoir eu en même temps que de la polyurie, de l'azoturie, et présentait un appétit formidable qu'il satisfaisait sans mesure.

Si maintenant nous examinons le malade lui-même, nous voyons qu'il est apyrétique; le pouls est assez bondissant, sans dicrotisme et la pression oscille entre 19 et 20. Il n'y a, du reste, rien d'anormal du côté du cœur. En fait, le diagnostic n'est pas à faire avec la polyurie de la néphrite interstitielle qui n'atteint jamais un degré aussi accentué. Il n'y a rien du côté des organes respiratoires, la langue est nette et l'estomac un peu dilaté; l'appétit est accentué et on peut même dire qu'il y a un peu de boulimie. Du côté du système nerveux, on note des troubles de la sensibilité cutanée. La sensibilité tactile est normale, mais celle à la douleur est très diminuée sur le membre supérieur gauche, depuis le bout des doigts jusqu'au coude. La vue est normale, mais l'étendue du champ visuel très diminuée à gauche, puisqu'elle n'est plus que de 38 centimètres. Il y a

---

parlant d'un de ses confrères. Ledit confrère lui aurait répondu — mais le mot est trop joli pour ne pas avoir été fabriqué — « Pourquoi j'expérimente la lymphe de Koch? Mais d'abord parce que Koch est mon ami.... et puis il a inventé la cocaïne. » (*Mercredi médical.*)

*
* *

On n'en a jamais fini, avec les histoires de charlatans.

Un commissaire de police, contrefaisant le malade, a pipé une bande composée d'un chimiste, d'un pharmacien et du secrétaire d'un médecin connu. Nous ignorons encore quelle a été ou sera à leur égard la sévérité des magistrats; mais nous savons qu'ils ont condamné à 500 francs d'amende pour exercice illégal un sieur Frédéric Chagnard qui faisait les somnambules « Madame Lea, 3, boulevard Sébastopol et Madame Alexandre, du même boulevard ». En outre, il magnétisait une nommée Follenfant (Louise), ex-cuisinière qui, pendant son sommeil, indiquait les ordonnances à prescrire. On a saisi chez Chagnard les trois remèdes qui constituent le fond de sa médication. L'*élixir de santé* et le *vin tonique* sont des liqueurs hygiéniques et non des médicaments, mais la *pommade des trois curés* est un médicament. O chinoiserie!

Ledit Chagnard (*alias* mesdames Lea et Alexandre) donnait aussi des consultations par correspondance d'après les indications suivantes, par exemple : « Madame, je vous adresse les cheveux de ma mère pour que vous puissiez examiner ses yeux d'abord, puis ensuite ses reins. J'y joins ceux de mon père qui a une démangeaison au cou. Enfin,

de l'anesthésie pharyngée, car le doigt qui chatouille la luette ne cause plus de nausées. Enfin le malade prétend avoir de l'héméralopie.

En même temps qu'il y a une quantité considérable d'urine, il y a aussi une quantité énorme de liquide absorbé. En effet, la soif est exagérée et le malade prétend qu'il absorbe environ 5 litres de boissons. Or, boit-il beaucoup parce qu'il urine beaucoup ou urine-t-il beaucoup parce qu'il boit beaucoup? C'est là une question dont la solution est difficile et qui est rarement résolue.

Notre malade présente un appétit un peu exagéré, mais cela ne se voit pas toujours dans les cas de ce genre. Généralement, en effet, les malades commencent d'abord par manger beaucoup; mais, comme ils prennent plus d'aliments que leur estomac n'en peut digérer normalement, la dyspepsie arrive bientôt et l'appétit se perd ou du moins diminue dans de fortes proportions. Les troubles du côté des organes circulatoires, les palpitations par exemple, sont fréquents dans cette forme de polyurie que l'on a appelé diabète insipide ou hydrurique. La pression artérielle est souvent forte, mais il y a là encore une question à se poser : L'augmentation de pression est-elle primitive et suivie de la polyurie, ou bien y a-t-il d'abord une absorption de boissons dépassant l'excrétion et par suite une augmentation de la pression? Il y aurait alors une distinction à faire entre la polydipsie primitive, entraînant la polyurie par augmentation de pression, et la polyurie primitive s'accompagnant d'une diminution de la pression et entraînant la soif par l'insuffisance de liquide contenu dans les organes. Dans notre cas, la pression est assez forte, mais on la trouve à ce degré chez beaucoup de gens sains.

On a dit que, chez beaucoup de malades polyuriques, les perspirations cutanée et pulmonaire étaient très diminuées; la polyurie surviendrait alors parce que le rein est le seul émonctoire actif. Il est certain que l'on a constaté directement que la quantité de vapeur d'eau provenant de la peau et des poumons était diminuée. Cette perspiration varie beaucoup chez les

---

voici des miens aussi, car j'ai quelquefois le poumon engorgé. Vous me direz aussi si mon mal à l'oreille va guérir enfin. »

***

Cela est bien au-dessous du *saloudadou*. Qu'est-ce que cet animal? allez-vous me demander. Ce n'est pas un animal, ou plutôt c'est un homme, espèce d'animal que vous connaissez bien.

D'après une version populaire qui règne encore dans les Pyrénées-Orientales, le *saloudadou* est le septième enfant mâle de la même famille sans interruption de fille. En naissant, cet être particulier porte déjà sur une main un signe naturel qui donne certains pouvoirs. Il passe pieds nus sur une barre de fer rougie à blanc sans se brûler. Il peut aussi y passer sa langue. Son souffle est tellement puissant qu'il peut éteindre un incendie ou un four de boulanger. Au moyen de signes ou oraisons diaboliques, les *saloudadous* bénissent le pain, et une fois qu'on en a mangé, aucun chien enragé ne peut jamais vous mordre. Enfin, d'après cette stupide légende, les malheureux mordus par les animaux atteints de la rage sont toujours guéris par eux.

Ceci posé, écoutez le récit des hauts faits du sorcier d'Arles-sur-Tech. L'aventure s'est passée dans une petite commune des Pyrénées-Orientales, à Serralongue (canton de Prats-de-Mollo, arrondissement de Céret). Le 11 décembre dernier, un chien hydrophobe mordait au poignet le jeune F.-L. I..., âgé de 5 ans. Le père avertit le maire de Serralongue et fit appeler immédiatement un sorcier (*saloudadou* en catalan) d'Arles-sur-

sujets bien portants; cependant, on l'a vue augmenter quand la polyurie diminuait, et diminuer dans le cas contraire.

Chez quelques malades, on a vu se produire, en même temps que la polyurie, de l'œdème des membres inférieurs et quelquefois de l'anasarque.

La plupart des polyuriques maigrissent et notre malade a perdu trente livres en trois mois. On s'explique facilement ce fait, car les digestions deviennent mauvaises par suite de la dilution du suc gastrique. L'azoturie, que l'on rencontre souvent, peut aussi contribuer à accélérer la perte de poids. Quelquefois on observe de la polysarcie au lieu de l'amaigrissement, c'est ainsi qu'on a vu une jeune fille polyurique, âgée de 16 ans, augmenter de vingt livres en peu de temps. Chez cette femme, il paraît y avoir eu une proportion de globules rouges très considérable par millimètre cube, puisqu'on croit avoir trouvé un peu plus de neuf millions de globules. Chez notre malade on constate le chiffre de quatre millions, il y a donc une diminution légère. A l'hémochromomètre on trouve que la richesse en hémoglobine est abaissée : 75 au lieu de 125. Du reste, le visage est pâle, décoloré, et il y a un souffle léger dans les vaisseaux du cou; l'anémie est donc réelle, et dépend, sans doute, de l'imperfection des digestions.

Quelle est la cause de la polyurie dont se plaint notre malade? Ainsi que vous allez le voir, l'étiologie peut en être assez complexe.

Il y a déjà quelque temps, M. Lancereaux a distingué différentes catégories de polyurie. Un certain nombre sont héréditaires, et sur soixante cas de M. Lancereaux, il y en a onze qui présentent cette particularité.

Les causes déterminantes de la maladie sont très variables; souvent, comme pour le diabète ordinaire, on a noté des traumatismes de la tête, des ébranlements généraux de l'économie. Dans un cas qui m'est personnel, j'ai eu à soigner un homme qui, marchant en arrière dans une maison en construction, en portant un fardeau assez lourd, était tombé brusquement assis sur le bord d'un trou; cet ouvrier avait été pris immédiatement d'une soif tellement vive que ses camarades avaient été obligés de courir lui chercher à boire.

Tech, à qui il payait un abonnement. Dans beaucoup de communes ces sorciers ont un grand nombre de pratiques qui ont une foi absolue dans leur puissance. Aussi le maire de Serralongue n'a-t-il pas hésité à dire qu'il s'en référait, pour le cas qui nous occupe, à ce que dirait le *saloudadou*. Celui-ci fit enfermer l'enfant mordu par le chien enragé dans une chambre où l'obscurité était complète; il fut privé de manger de la viande, de boire de l'eau.

Lorsque le jeune L. I... était obligé de sortir pour satisfaire un besoin naturel, on lui enveloppait totalement la tête avec une espèce de capuchon fabriqué pour la circonstance, on l'accompagnait et, lorsqu'il avait fini, on le réintégrait dans sa prison. Jour et nuit l'enfant était gardé par un membre de sa famille d'où il en résulte qu'il y avait deux prisonniers au lieu d'un. Ce supplice devait durer ainsi pendant quarante jours. Mais l'affaire transpira et parvint aux oreilles de la gendarmerie qui, le 20 décembre dernier, commença une enquête et prévint l'autorité compétente.

Le 24 décembre, M. P..., vétérinaire, procéda à l'autopsie du chien et reconnut qu'il était atteint d'hydrophobie. Averti du supplice que l'on infligeait au jeune L. I..., il intima l'ordre de faire cesser la quarantaine imposée par le sorcier et de changer les conditions hygiéniques du pauvre patient.

Mais sitôt le vétérinaire parti, le régime imposé par le sorcier fut de nouveau rigoureusement suivi. Le vétérinaire, en ayant été prévenu, a adressé un rapport à l'administration, qui a donné ordre de faire cesser la situation odieuse dans laquelle se trouve le pauvre enfant. (*Progrès médical.*)

Lorsque j'étais à Necker, j'ai eu à traiter un journalier, âgé de 44 ans, qui était occupé dans une usine à gaz. Cet homme, après avoir eu un refroidissement sans grande intensité, tomba, quelques jours plus tard, du haut d'une voiture de coke et eut une contusion intense au côté droit du front. Bientôt apparurent de la soif, de la polyurie, de l'œdème, et il entra à l'hôpital. Là, nous pûmes constater qu'il rendait par jour à peu près dix litres et demi d'une urine non albumineuse, de densité très faible et renfermant pour les vingt-quatre heures 28 grammes d'urée. L'œdème disparut rapidement, mais la quantité d'urine atteignit 13 et même 15 litres pour descendre peu à peu, de telle sorte qu'elle était réduite à 10 litres au moment où le malade exigea son exeat. Dans un autre cas du même genre, le malade entra à l'hôpital avec une pneumonie qui suivait une marche régulière. Au moment de la convalescence la quantité d'urine augmenta bien plus que dans les cas normaux et atteignit bientôt 4 litres et demi par jour. Il est, de reste, bien connu que les polyuries du genre de celle dont nous nous occupons, disparaissent souvent pendant les maladies aiguës. L'interrogatoire du malade nous fit apprendre que, trois ans auparavant, il urinait trois et quatre litres par jour et souffrait d'une soif exagérée. Il avait fait des excès de boissons, surtout de bière, était névropathe, et enfin, dans une chute d'un premier étage, était tombé sur la fesse gauche; quelque temps après la polyurie avait débuté.

Voilà, Messieurs, un certain nombre de cas où la maladie semble avoir été causée certainement par un traumatisme.

Notre malade, vous vous le rappelez, a eu une blessure par un éclat d'obus à la nuque, et a subi, à la suite de l'éclatement de cet obus, un ébranlement général. Mais beaucoup de malades ont des traumatismes plus ou moins graves et cependant n'ont pas de polyurie. Il faut donc qu'il y ait quelque chose de plus.

Dans un certain nombre de cas, on trouve l'alcoolisme, mais cet alcoolisme ne semble pas exister chez notre sujet. Au contraire, chez lui on constate l'existence d'un état névropathique accentué qui se voit fréquem-

---

Comme exemple de superstition, c'est déjà beau, mais le suivant est pire.

Un correspondant du *Temps* raconte avoir vu à Pnom-Penh, capitale du Cambodge, fichées au haut de trois pieux, trois têtes de Cambodgiens qui avaient été décapités la veille à la suite de condamnations prononcées par la justice indigène. Ces trois misérables avaient été condamnés pour un crime horrible. Ils avaient ligoté la femme d'un d'entre eux, enceinte de trois mois, pour lui ouvrir le ventre et prendre le fœtus qu'ils ont fait cuire avec certaines herbes et mangé *pour avoir de la veine au jeu.* L'un des assassins était médecin; je rougis de l'écrire. On aurait dû le décapiter deux fois, celui-là.

Mais voici qui est moins lugubre.

La dixième chambre correctionnelle vient de juger un singulier ménage, M. et Mme Pereuil, qui, depuis plusieurs années, soignaient « par l'apposition des mains » et la « fixation du regard » les malades assez naïfs pour se présenter à leur clinique.

Ce fut le mari qui imagina ce procédé médical, un jour qu'ayant eu mal au cœur, il avait prié sa femme de lui apposer la main sur la partie malade. La guérison fut instantanée.

Il y a trois ans, a-t-il ajouté, ma femme avait des douleurs névralgiques à la face. Un jour qu'elle avait la tête penchée, je la regardais depuis un instant sur le sommet de la tête, quand tout à coup elle me dit : « Continue à me regarder, il me semble que ça me fait du bien. » Je continuai et ses douleurs disparurent.

J'étais à cette époque musicien; j'étais sous-chef de M. Desgranges et je donnais des

ment chez les polyuriques. En réalité, il présente des stigmates très accentués d'hystérie : telles sont l'insensibilité de la gorge, l'analgésie limitée au membre supérieur gauche, la limitation du champ visuel du même côté; il a enfin les allures spéciales, la propension à l'exagération que l'on remarque chez les malades de ce genre.

L'invasion des maladies fébriles peut être la cause de la polyurie. En 1880, j'ai vu cette polyurie débuter à la suite d'une grippe assez intense et atteindre jusqu'à onze litres. Certaines maladies que l'on peut ranger parmi les chroniques, à cause de leur évolution lente, agissent quelquefois à longue échéance. Parrot a vu une femme atteinte de fièvre intermittente, qui présentait des accès de temps à autre, être prise pendant sa convalescence d'une polydypsie avec polyurie qui persistait dix ans après; la quantité des urines était de 10 à 15 litres par jour.

Certains malades ont vu la maladie débuter à la suite d'un refroidissement. C'est ainsi qu'elle est apparue à la suite du séjour dans un courant d'air, ou bien après le contact d'un liquide froid avec le corps en sueur.

Chez notre malade, nous trouvons réunies un certain nombre de ces causes : traumatisme de la tête, ébranlement considérable du système nerveux, tempérament névropathique très accentué et, enfin, refroidissement multiple et parfois brusque. La première manifestation de la maladie semble même être apparue à la suite d'un court séjour dans de l'eau froide.

Notre malade est donc un polyurique et un nerveux. Quel est, chez lui, le pronostic de la maladie? Sommes-nous en présence d'un cas grave et pouvons-nous espérer que la santé se rétablira peu à peu? Les polyuries graves n'ont guère été observées que chez l'enfant. Chez l'adulte, le pronostic est beaucoup plus bénin. Il est certain que, dans notre cas, il n'y a pas d'affection primitive du côté des centres nerveux et nous pouvons espérer qu'il y aura une terminaison favorable.

Dès que l'on commence le traitement, il faut d'abord essayer de dominer le besoin de boire et celui d'uriner. On n'est, en effet, polydypsique que

---

leçons de violon. Je gagnais ainsi six à sept mille francs par an. Quand j'eus reconnu que je pouvais, sans faire courir aucun danger aux malades, amener des guérisons, j'abandonnai la musique pour soigner les malades par le regard. Je n'ai jamais essayé de faire croire à un pouvoir surnaturel. Je n'ai fait aucune réclame. Je me suis borné à recevoir et à traiter les malades qui m'étaient adressés.

Inutile d'ajouter que les témoignages de personnes attestant qu'elles avaient été guéries par le procédé Pereuil ont abondé à l'audience.

Mais le tribunal a vu dans ce cas peu commun un exercice illégal de la médecine et a condamné M. et Mme Pereuil à 15 francs d'amende chacun.

*
* *

Coups de ciseaux de-ci, de-là.

On lit dans le *Gaulois* du 4 septembre, sous la signature de M. Saint-Réal : « Pour ceux de nos lecteurs qui ont oublié leurs éléments d'anatomie, nous rappellerons que les oreillettes sont cette partie fibreuse du cœur qui reçoit le sang des veines pour le renvoyer dans le poumon et de là dans les ventricules. »

Que serait-ce si l'auteur avait oublié ses « éléments d'anatomie? »

*
* *

Un jeune médecin, à peine muni de ses grades, fut appelé pour soigner une vieille

parce que l'on urine trop vite. Lorsqu'on a soumis un homme sain à une diète momentanée des boissons pouvant aller jusqu'à la suppression, dès que l'on permet de boire, la quantité des urines est d'abord très abondante, puis descend peu à peu, et progressivement. S'il s'agit d'un malade polyurique, à peine a-t-il bu qu'il urine. Il n'urine pas plus, mais il urine plus vite que l'homme sain; le polyurique dépense de suite, pisse tout d'un coup, tandis que l'autre met un temps beaucoup plus considérable à rendre la même quantité de liquide.

On a dit que les besoins d'uriner et de boire étaient liés par l'augmentation de pression artérielle et le dessèchement des tissus qui en résulte; on a dit aussi que c'était le système nerveux qui produisait à la fois la soif et le besoin d'uriner. Les bons résultats obtenus par la belladone semblent plaider en faveur de cette dernière théorie. On a employé aussi l'opium, à l'aide duquel Hayem a guéri un malade, la térébenthine, le seigle ergoté, le tannin et le jaborandi. Un des meilleurs médicaments est certainement la valériane, mais il faut aller jusqu'à 1, 2, 3, et même 4 grammes d'extrait par jour. Chez notre malade, la première dose de cet antispasmodique a paru produire de bons effets.

Le fer, le quinquina sont aussi fort utiles. Enfin, on peut espérer retirer de bons résultats de l'emploi de l'hydrothérapie, à condition qu'elle soit administrée suivant toutes les règles. Une bonne réaction est, en effet, indispensable, et j'appelle toute votre attention sur ce point.

Le Fort a utilisé l'électricité. Enfin, vous pourrez avoir recours à l'antipyrine, qui, dans quelques cas, s'est montrée fort efficace. De faibles doses, 50 centigrammes, 1 gramme, peuvent parfaitement suffire.

A l'aide de ces divers médicaments, que vous pourrez changer suivant les indications, et souvent aussi suivant les caprices du malade, vous pouvez espérer guérir les polyuries du genre de celle dont nous venons de nous occuper.

---

dame qui avait un ver solitaire. L'ayant débarrassée de son parasite, il lui envoya une note se montant à 10 s. 6 d. La vieille dame se récria et demanda le détail que le médecin lui donna en ces termes : « Vous avoir délivrée d'un ver solitaire long de 10 pieds et demi, à un schilling le pied, 10 s. 10 d. » (*Med. Record.*)

*
* *

Résultats d'une fumisterie de Simplissime. — Dans ma *Causerie* sur les égouts de Berlin, oblitérés par la trop grande quantité de crachats de phthisiques qu'on y avait déversés, j'ai dit qu'il y avait alors à Berlin 163,499 phthisiques, sans compter les femmes et les petits enfants, comme aurait dit Rabelais.

Le *Lyon médical* du 18 janvier a reproduit ce chiffre comme aussi officiel qu'authentique !

Moi qui avais toujours pris le *Lyon médical* pour un journal sérieux ! — Eh bien, mais certainement, Simplissime, c'est parce que c'est un journal sérieux qu'il n'a pas compris la plaisanterie.

— Ah, bien alors, juge un peu, si je n'avais pas plaisanté !

SIMPLISSIME.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication martiale

Par le Dr Ph. Bernard.

L'étude des *Anémies*, poursuivie avec tant d'éclat par les professeurs Sée et G. Hayem, a scientifiquement mis hors de doute la spécificité pathognomonique du fer, dans le traitement de la chlorose. G. Hayem a même démontré que, lorsque le résultat a été nul, à la suite de l'administration de certaines préparations martiales, bien loin de conclure à l'inutilité du fer, il faut se dire, que *l'on a passé à côté de la bonne préparation*. Telle anémie, prétendue incurable par le fer, peut être guérie, en effet, en quelques semaines, au moyen d'une préparation martiale rationnelle rendue absorbable par suite des artifices de la préparation. Rien n'est plus capricieux que l'absorption : rien n'est plus fréquent de voir, rejetés par les fèces, des agents médicamenteux sur lesquels le praticien fondait les plus belles espérances.

Les hématies totales du sang contiennent, en moyenne, 3 grammes de fer; au-dessous de ce chiffre, on peut dire que l'anémie est déclarée. Or, cette anémie s'accompagne volontiers de troubles dyspeptiques, qui rendent fort aléatoire l'assimilation médicamenteuse. C'est pourquoi, après avoir *gavé*, pour ainsi dire, de fer, de quinquina, de vins reconstituants, de viande crue et de peptones, l'estomac de l'anémique, au lieu d'assister à une résurrection du sujet que l'on veut ainsi tonifier, bien des fois, au contraire, nous constatons l'exacerbation des phénomènes douloureux, la suppression complète de l'appétit et, au total, l'aggravation de l'olighémie primitive... Ce qu'il faut établir, c'est la *tolérance* thérapeutique; il faut que le spécifique martial ne cause aucune fatigue gastro-intestinale, aucune irritation nutritive; il faut que la régénération globulaire s'opère progressivement, en même temps que se répare et se reconstitue l'état général, *totius substantiæ*.

Parmi les préparations martiales qui sont le mieux tolérées des estomacs les plus réfractaires aux ferrugineux, nous donnons une des premières places au citrate de fer ammoniacal, qui forme la base de la préparation ferrugineuse œnolée du Codex; citons ensuite le tartrate ferrico-potassique, admirablement supporté, même lorsque le pouvoir eupeptique de l'estomac est très diminué et la fonction intestinale très précaire. Enfin l'arséniate de fer qui, indépendamment de quelques applications particulières, s'adresse surtout aux organismes dont la nutrition est déjà relevée par les précédentes préparations, ainsi que par un régime alimentaire spécial, une bonne cure d'air, l'hydrothérapie et l'exercice méthodiques.

L'intervention des amers, dont le type le plus parfait et le moins offensif est le colombo, semble également indispensable, pour corroborer la médication martiale. Les amers agissent comme *passeports* du fer : ils sollicitent les sécrétions digestives capables d'assurer le laborieux travail de l'absorption chylifère et de stimuler la réfection intime de l'hémoglobine. En outre, ils dissipent les nausées, les vertiges et la céphalée de l'anémique et mettent obstacle à la constipation, qui suit la médication chalybée comme l'ombre suit le corps. Les amers non tanniques et le colombo en particulier sont précieux surtout contre cet état de neurasthénie particulière, si communément signalée comme complication de la chlorose. Est-ce par une élective action sur les cellules nerveuses; est-ce plutôt par la régénération globulaire, que se produit cette influence névrosthénique et anti-dépressive? Nous croyons surtout à cette seconde interprétation pathogénique; en vertu de l'immortel adage galénique : *Sanguis moderator nervorum*, le sang est le meilleur antispasmodique.

Une préparation, célèbre dans les départements du Midi (où le fer est si difficilement assimilable, à cause de l'extrême susceptibilité gastro-hépatique des Méridionaux), ce sont les fameuses pilules de POURTAL, qui précisément sont à base de tartrate ferrico-potassique et de colombo, obtenues par procédé spécial, sans addition de gomme ni de sucre; éminemment solubles, elles présentent une assimilation complète et certaine, ainsi que le *Vin de Pourtal*, qui n'est qu'un excellent vin de colombo au citrate de fer

ammoniacal. Sous l'influence de l'une de ces préparations, aidée quelquefois de l'administration des *Granules Pourtal* à l'arséniate de fer et colombo, j'ai vu (ainsi qu'un grand nombre de praticiens de Nîmes et de Montpellier) les globules rouges du sang remonter, en quelques semaines, de 30 à 140 pour 1,000 et leur richesse en hémoglobine redevenir supérieure à la moyenne. La peau et les muqueuses se recolorent, le pouls se relève, la sensation de froid disparaît aux extrémités; on voit cesser les palpitations et les tendances lipothymiques, en même temps que les bruits de souffle cardiaque. Ce sont les symptômes de gastralgie et de cephalée qui disparaissent tout d'abord, en même temps que renaît l'appétence et que ressuscite la vigueur physico-mentale... Chez les jeunes filles, la dysménorrhée fait place à une menstruation régulière et abondante, et le nervosisme à une pondération encéphalo-médullaire parfaite. C'est parce que j'ai assisté à cette réfection rapide de l'hématopoïèse, que je crois avoir le devoir et le droit de recommander à mes confrères l'emploi, dans leur pratique, des excellentes préparations de Pourtal, qu'il serait injuste de méconnaître et de reléguer dans un oubli immérité, sous le fallacieux prétexte de sacrifier aux innovations de la mode thérapeutique. Le tartrate de fer, le citrate de fer, le colombo étaient d'ailleurs les préparations favorites de Trousseau, de Chomel, de Grisolle, etc... Elles ont guéri et guériront encore bien des chloroses !... *Quod vidi, scripsi.*

D[r] PH. BERNARD.

REVUE DES JOURNAUX

Valeur pronostique du nombre des respirations dans les maladies pulmonaires. (*Revue de thérapeutique*, 1890, n° 23.) — Gerhardt a noté exactement le nombre des respirations sur 140 malades atteints de pneumonie. Le nombre est évidemment inférieur chez les malades qui guérissent que chez ceux qui meurent; cependant, c'est moins le nombre des respirations qui peut fournir des éléments au pronostic que la courbe qui résulte de la notation quotidienne. A ce point de vue, Gerhardt divise ses observations en quatre catégories :

1° Dans une première, le nombre des respirations reste peu élevé; au chiffre de 40 pour la moitié des cas. Laënnec avait déjà observé que le nombre peut rester voisin de la normale même avec l'altération de la température, la douleur pleurétique, la diminution du champ respiratoire. Dans tous ces cas, la fièvre n'est pas toujours très élevée, la pneumonie n'a pas été centrale et, par conséquent, la plèvre a pu être atteinte. Si l'on considère que, sur 69 cas, il y a eu 9 morts, on aura la conviction qu'il s'agissait bien de pneumonies graves.

2° Dans le deuxième groupe, qui comprend 15 cas, le nombre des respirations reste élevé pendant presque toute la durée de la maladie. Cette série compte 9 guérisons et 6 cas de mort. C'est encore à cette série qu'appartiennent les chiffres les plus élevés qui comptent 60, 70, ou même 90 respirations par minute. Cette accélération se retrouve dans le dixième des cas. La fièvre, en général, était très élevée, tandis que les pneumonies à respirations accélérées n'impliquent pas l'accélération du pouls.

Le troisième et le quatrième groupe comprennent tous les cas qui ont présenté au cours de la pneumonie une accélération passagère de la respiration au-dessus du chiffre de 40 par minute. Ces cas sont au nombre de 56, ce qui donne une proportion de 40 p. 100. Gerhardt a divisé ces cas en deux groupes, selon que l'accélération passagère de la respiration a été observée au début ou à la fin de la maladie.

3° Le troisième groupe, qui compte 22 cas avec accélération au début, comprend 3 cas de mort. L'accélération de la respiration au début ne paraît donc pas influencer sérieusement le pronostic, d'autant plus qu'on a constaté que le chiffre de 80 à 90 respirations par minute est compatible avec la terminaison favorable de la maladie. Toutefois, le phénomène paraît retarder la défervescence qui se montre du neuvième au douzième jour.

4° Dans la quatrième série, l'accélération qui survient à la fin de la maladie persiste

jusqu'à la mort, qui est survenue dans 10 cas sur 22. Dans 12 cas, l'accélération s'est présentée avant la crise, pendant ou après; on peut ainsi la qualifier, suivant les cas, de précritique, syncritique ou métacritique. Après la crise, elle peut persister de quelques heures à deux ou trois jours.

En ce qui touche ces deux derniers groupes, on peut dire que l'influence de la fièvre sur l'accélération respiratoire est nulle; le sommet de la courbe respiratoire est, en effet, indépendant de l'élévation de la température. Il n'en est pas de même de l'extension de la lésion; toute poussée inflammatoire détermine une augmentation de la fréquence respiratoire plusieurs jours avant la mort, le pouls devient en même temps plus fréquent. L'accélération respiratoire peut dépendre également d'autres circonstances, notamment de celles qui diminuent le champ respiratoire ou l'activité circulatoire, comme cela arrive lorsque l'œdème du poumon survient ou que la force du cœur baisse. Il est possible que des conditions mécaniques ou chimiques interviennent pour augmenter le nombre des respirations, mais on ne peut que le supposer. Toute pneumonie implique une irritation des rameaux pulmonaires du nerf vague; il faut encore ajouter le gonflement des ganglions bronchiques, la participation du tissu conjonctif du diaphragme au voisinage du phrénique. — P. N.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues du 7 au 15 janvier 1891.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 7 janvier 1891. — N° 81 (*). M. Mauny (Marius) : Etude sur les ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques du foie. Epanchements de liquide hydatique et de bile dans le péritoine. (Président, M. Lannelongue.) — N° 82. M. Cachera (Charles) : Contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition. (Président, M. Tillaux.) — N° 83. M. Urlatianu (J.-J.) : De la résection orthopédique du genou pour ankylose angulaire. (Président, M. Tillaux.)

Le 8. — N° 84. M. Ménard (Henri) : Considérations sur les suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe. (Président, M. Duplay.) — N° 85. M. Lajotte (Henri) : De la péritonite à pneumocoques. (Président, M. Proust.) — N° 86. M. Limperopoulo (Aristote) : Les pulsations hépatiques dans l'insuffisance tricuspide. (Président, M. Potain.)

Le 14. — M. Morigny (Edmond) : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'hématocèle rétro-utérine. (Président, M. Tillaux.) — N° 88. M. Ostwald (François) : De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétiniennes et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale. (Président, M. Fournier.) — N° 89. M. Steff (Henri) : Mercure et grossesse. (Président, M. Fournier.)

Le 15. — N° 90. M. Terson (Pierre) : Contribution à l'étude de la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale chez les enfants. (Président, M. Panas.) — N° 91. M. Stcherbanoff : Quelques considérations sur le régime des brightiques. (Président, M. Dieulafoy.)

FORMULAIRE

Pilules contre la tuberculose. — Chauvin.

Iodoforme	0 gr. 05 centigr.
Poudre de Dower	0 gr. 10 centigr.
Extrait de gentiane	q. s. pour une pilule.

Prendre une pilule trois fois par jour, au moment des repas. — N. G.

COURRIER

Congrès français de chirurgie de 1891. — Le Congrès se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Guyon, du lundi 30 mars au samedi 4 avril inclusivement.

Les communications devront être adressées à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, chez M. F. Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le comité du Congrès français de chirurgie a mis à l'ordre du jour de la 5e session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée);

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes;

3° Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— Le comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Clamecy, est réorganisé. M. le docteur Beaufils, 1er adjoint, en est nommé membre.

— Le docteur Hermet a repris son cours d'otologie à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. le professeur Grancher et le continuera tous les jeudis à dix heures.

Nécrologie. — Nous apprenons avec chagrin la mort de M. le docteur Foix, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Salies-de-Béarn, qui a succombé lundi dernier aux suites d'une longue et douloureuse maladie.

— Nous avons le regret d'annoncer également la mort de MM. les docteurs Millet et Gerboin, médecins-majors de première classe; Boudet, médecin aide-major de première classe; Salleron, médecin principal de première classe en retraite; Souverbie (de Bordeaux); Badolle (de Thizy).

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 février 1891, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal. — 2. M. le docteur Christian : Un cas de tatouage chez un aliéné. — 3. M. Socquet : Empoisonnement par le camphre. — 4. Communications diverses.

MM. les rapporteurs des commissions sont instamment priés de vouloir bien faire connaître au secrétaire général la date à laquelle leurs rapports seront terminés.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

POSITION et clientèle dans la banlieue offerte à docteur-médecin disposant de 15,000 francs. — S'adresser au bureau du Journal, initiales E. B.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Le traitement des kystes hydatiques du foie a subi, dans ces dernières années, de nombreuses modifications qui tiennent, d'une part, aux progrès si marqués de la chirurgie abdominale; de l'autre, à l'emploi de procédés nouveaux qui permettent souvent d'obtenir la guérison sans ouvrir le ventre. Cette question mérite d'autant plus d'être étudiée en détail, qu'il semble, d'après certaines statistiques, que le nombre des cas d'infection hydatique tende à augmenter dans notre pays.

I

Y a-t-il un traitement purement médical de l'hydatide du foie? On peut hardiment répondre non.

Un grand nombre de substances ont été administrées et aucune n'a produit de résultats favorables. Beaucoup de médecins croient cependant encore devoir prescrire l'iodure de potassium, en s'appuyant sur l'observation de Desnos, qui, dans un cas, a vu le liquide d'un kyste devenir albumineux à la suite de l'emploi du médicament. Cependant, cette observation est fort peu démonstrative, car, en admettant même que la présence de l'albumine soit toujours un indice de la mort du kyste, ce qui est loin d'être vrai d'après les analyses récentes, il est certain que l'iodure ne passe pas habituellement dans le liquide kystique (Frerichs, Murchison, Semmola) et que, par conséquent, le plus souvent son action doit être nulle.

Nous ne saurions donc que partager l'avis de Juhel-Rénoy, pour lequel tout traitement médical fait perdre un temps précieux, d'abord en exposant les malades aux accidents qui peuvent toujours survenir chez les individus porteurs de kystes hydatiques, ensuite en permettant au kyste de poursuivre son développement.

La temporisation « doit donc être blâmée et combattue, tant au point de de vue pronostique que thérapeutique ».

Les méthodes de traitement sont par conséquent toutes chirurgicales. Elles ont été divisées par Potherat en trois grandes classes : *Méthodes qui se proposent de tuer les hydatides par privation d'eau; — méthodes qui se proposent de tuer les hydatides par l'injection de parasiticides; — méthodes purement chirurgicales,* et c'est dans cet ordre que nous allons les exposer.

II

La ponction évacuatrice simple est la plus facile de toutes les interventions. L'instrument choisi (appareil aspirateur de Potain ou de Dieulafoy)

devra être rendu entièrement aseptique par un lavage prolongé avec l'acide phénique au 1/20 ou l'alcool à 90°; l'aiguille sera flambée à la lampe et le point choisi pour la ponction lavé au savon, à l'éther et, finalement, avec une solution antiseptique.

Toutes ces précautions étant prises, l'aiguille, imbibée d'huile phéniquée à 1/20, est enfoncée au point culminant de la matité et, après ouverture du robinet de communication, le liquide passe dans le réservoir de l'aspirateur. Il faut se garder d'aider à la sortie du contenu du kyste par des pressions exercées sur la tumeur, car on doit, autant que possible, éviter que la moindre goutte de ce contenu ne tombe dans le péritoine. Lorsqu'il ne sort plus de liquide, on retire brusquement l'aiguille en maintenant la paroi par le pouce et l'index de la main gauche, et on obture la petite plaie avec de la gaze iodoformée recouverte de collodion. Le ventre est maintenu par un gâteau d'ouate et un bandage de corps, et le malade doit rester au lit, sans faire de mouvements brusques, pendant quelques jours.

La ponction peut rester blanche. Cela tient, en dehors des cas où il y a erreur de diagnostic, à ce qu'une vésicule fille vient boucher l'orifice de la canule. Souvent alors une deuxième ponction donne du liquide; dans le cas contraire, il s'agit d'un kyste rempli de vésicules secondaires.

Avant d'étudier la valeur curative de la ponction, il convient d'insister sur les accidents qu'elle peut entraîner et dont le plus commun est l'urticaire avec ou sans phénomènes généraux graves. Debove et Achard ont consacré à l'étude de l'*intoxication hydatique* des mémoires importants et les faits publiés depuis ont montré la justesse de leur conception pathogénique.

L'urticaire peut apparaître à la suite de la rupture d'un kyste dans le péritoine, mais elle se montre le plus souvent après une ponction. On a pu (Hudson) faire naître à volonté des démangeaisons et de l'urticaire en laissant du liquide hydatique pénétrer dans le péritoine pendant une ponction. Dans d'autres faits, le liquide est sorti parce que l'on n'avait extrait de la poche qu'une très petite quantité (ponctions à l'aide d'une seringue de Pravaz faites par Debove, Ranke, Dieulafoy, — emploi de l'électropuncture). Du reste, il n'est pas nécessaire que le liquide soit absorbé par le péritoine pour que l'urticaire apparaisse. Dans une observation de Bouchard, un kyste était traité par la méthode de Récamier lorsque, après évacuation d'une petite poche, une ponction faite avec un trocart ouvrit une branche de la veine porte; il s'ensuivit une éruption généralisée d'urticaire. Il est remarquable de voir que l'urticaire n'apparaît habituellement qu'après la première ponction; du reste, ainsi que le fait remarquer Achard, cette espèce d'immunité peut n'être que temporaire.

Les injections sous-cutanées expérimentales faites avec du liquide hydatique ont donné des résultats variables. Cependant Debove, qui introduisit dans le tissu cellulaire un peu de liquide parfaitement pur et filtré, détermina, dans un cas, une éruption localisée aux points d'inoculation; dans un autre, une éruption, d'abord localisée, qui se généralisa ensuite; enfin, dans un troisième cas, il ne se produisit aucun phénomène notable. Il y a donc lieu de faire jouer un rôle aux idiosyncrasies comme dans beaucoup d'intoxications alimentaires, par exemple. Enfin, il est probable que le système nerveux ne reste pas inactif dans la production du phénomène, car on a pu voir l'éruption d'urticaire se borner à un côté du corps (Dieulafoy, Laveran). Jaccoud a attribué la production de l'urticaire à une excitation réflexe partant du péritoine. Son opinion se trouve contredite par ce fait que les

ponctions pratiquées si fréquemment dans diverses affections de l'abdomen, telles que l'ascite, ne sont pas suivies du développement de l'urticaire et que, d'autre part, l'éruption manque dans l'incision large des kystes faite avec des précautions minutieuses de telle façon que le liquide ne puisse pénétrer dans la séreuse.

Des accidents à grands fracas peuvent suivre la ponction : état syncopal, dyspnée, refroidissement des extrémités, nausées et vomissements, collapsus plus ou moins prolongé. Achard a réuni un grand nombre d'observations de faits de ce genre. Dans un cas de Terrillon, une ponction qui n'évacua que 60 grammes de liquide clair fut suivie, au bout d'un quart d'heure, de défaillance, pâleur de la face, menace de syncope, état nauséeux; après une demi-heure, ces accidents disparurent et l'urticaire apparut le lendemain. Chez une malade de Debove, après la ponction d'un kyste hydatique du foie, survinrent de l'urticaire, de l'oppression et de la toux; dix jours après, une nouvelle ponction était pratiquée, mais interrompue bientôt parce que le liquide était très rouge; au bout de quelques heures éclataient des accidents très effrayants, collapsus, pâleur extrême, mains froides, face grippée, pouls filiforme, dont il ne restait plus trace le lendemain matin.

On a encore observé du hoquet, des vomissements, des nausées et, enfin, de la fièvre avec ou sans embarras gastrique.

Dans certains cas, les accidents simulent ceux de la péritonite (Haussmann).

Il faut noter que la plupart de ces accidents peuvent se produire en dehors de l'urticaire : état syncopal plus ou moins prononcé, prostration, aspect du schock, frissons et fièvre, etc. Ce qui montre bien que la pathogénie de ces différents phénomènes doit être la même, c'est que l'urticaire peut exister seule après une première intervention, et les accidents divers que nous avons énumérés se montrer après les opérations ultérieures et en dehors de l'éruption.

Enfin il est certain que la simple ponction peut entraîner la mort subite. Cet accident survient dans des conditions très diverses. Dans certains cas, la cause de la terminaison fatale reste inexpliquée (Desnos); dans d'autres (Martineau), on peut invoquer une paralysie réflexe du pneumogastrique. Dans ce dernier cas, une première ponction n'avait permis de retirer que quelques grammes de liquide; un changement de place de la canule ne fit pas reparaître l'écoulement, et on retira le trocart qui était obstrué par un débris membraneux. Quelques instants plus tard, le malade fut pris de malaise subit, de dyspnée intense, de vomissements. La respiration se suspendit dans l'espace de quelques secondes, le pouls devint imperceptible et le malade tomba en syncope; en même temps il rejeta une grande quantité de mucosités blanchâtres semblables à celles qui sont expectorées après la thoracentèse. La mort survint au bout de vingt minutes.

Dans une observation recueillie par Gaillard, des hémoptysies abondantes apparurent quelques heures après la ponction, et la mort survint rapidement par asphyxie. A l'autopsie, on trouva une congestion pulmonaire intense et une hémorrhagie intra-kystique.

Enfin, dans un fait recueilli par Bryant, la piqûre de la veine porte, faite par le trocart au moment de la ponction, permit l'introduction de liquide dans le sang, et la mort fut excessivement rapide.

Nous n'avons pas à entrer dans la discussion du mécanisme de la production de ces accidents; mais on peut dire qu'il est très probable que, dans la plupart des cas, on a affaire à un empoisonnement par le liquide hydatique. Les recherches de Mourson et de Schlagdenhauffen, qui ont prouvé l'existence de ptomaïnes dans ce liquide, viennent à l'appui de la théorie de l'intoxication. Si les accidents ne se produisent pas dans tous les cas, c'est que la quantité des ptomaïnes varierait selon le moment dans lequel le kyste est ponctionné. « Le maximum d'abondance des ptomaïnes correspondrait aux périodes de reproduction des vésicules, le minimum aux périodes d'arrêt de cette génération. Suivant les phases alternatives d'activité et de repos, le liquide serait tantôt clair, très peu albumineux, tantôt louche et chargé de substances organiques. Aussi la présence des matières albuminoïdes caractériserait non plus seulement, comme on l'a dit, la désagrégation de l'échinocoque et la mort de l'hydatite, mais elle pourrait encore indiquer l'activité reproductrice de l'entozoaire (Achard). »

On a encore accusé la ponction de semer les hydatites dans la séreuse péritonéale. Les kystes multiples de l'abdomen ont été observés par un certain nombre d'auteurs (Masseron, Lugeol, Bouilly). Potherat ne pense pas qu'il s'agisse alors d'une infection, mais bien plutôt d'une même intoxication parasitaire à manifestations multiples. Cependant Juhel-Rénoy regarde l'observation suivante de Fedor Krauss comme un exemple d'infection. Homme de 30 ans, opéré deux ans avant par ponction. Six mois plus tard, développement de l'abdomen qui était rempli de petites tumeurs fluctuantes; enfin, attenant au bord inférieur du foie, on sentait une tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant. Quatre-vingt-quinze tumeurs sont extraites; les kystes étaient de plus en plus disséminés au fur et à mesure qu'on s'éloignait du foie; l'orifice de la ponction avait dû laisser échapper dans le péritoine un certain nombre d'hydatites qui avaient pullulé.

Il est légitime de rapporter à la ponction certains cas de suppuration du kyste. Tantôt alors les ponctions répétées peuvent encore amener la guérison (Dieulafoy), tantôt il faut recourir à l'incision de la collection.

Nous connaissons les dangers de la ponction simple; recherchons maintenant sa valeur curative.

Un certain nombre d'observations recueillies par Potherat prouvent que ce traitement peut être suivi d'une guérison complète qui se produit après une, deux ou même un bien plus grand nombre de ponctions. (Dans un cas de Gillette, le malade avait été ponctionné 79 fois lorsque survint la suppuration du kyste.)

Cependant il faut faire remarquer avec Potherat que, dans la plupart des cas, c'est peu de temps après la dernière ponction que le malade a été considéré comme guéri et qu'il n'a pas été revu par la suite. Or, il faudrait, pour pouvoir affirmer la guérison, suivre les opérés pendant plusieurs années, car, dans plusieurs faits, une récidive plus ou moins rapide est apparue après la guérison apparente. Dans des observations de Labbé communiquées à la Société médicale des hôpitaux, la récidive est survenue trois ans après la première opération. On peut, il est vrai, regarder comme probable que, dans certains des cas regardés comme des récidives, il s'agissait du développement d'une vésicule exogène très petite au moment de la première ponction ou encore de l'augmentation de volume d'un autre kyste resté inaperçu. Malgré ces réserves, il est certain que des récidives peuvent s'observer.

Donc la ponction simple, même si on ne la fait qu'une fois, peut être suivie de guérison, le fait est certain ; mais si l'on réfléchit que l'opération, en apparence si bénigne, expose à d'assez graves dangers, si, de plus, on se rappelle la possibilité des récidives, on cherchera une méthode plus sûre que nous allons maintenant étudier, méthode qui consiste à remplacer le liquide kystique par une solution parasiticide.

(*A suivre.*) P. CHÉRON.

REVUE DES CLINIQUES

Les corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant, par M. Jules SIMON. (*Revue des maladies de l'enfance*, 1891.) — Le 20 novembre dernier, on apportait à notre consultation de l'hôpital un enfant de 19 mois présentant des accidents très marqués d'asphyxie. Cet enfant vigoureux, bien portant, avait été pris brusquement de ces accidents la veille au soir, au moment où il mangeait un marron. La première crise de suffocation fut d'une violence terrible. Un médecin, appelé en toute hâte, conseilla un vomitif qui fut donné sur-le-champ, mais n'amena pas de soulagement. La nuit fut très mauvaise. Le matin, quand on nous l'apporta, l'enfant offrait un tirage sus-sternal et épigastrique des plus accusés, l'inspiration était prolongée, bruyante, anxieuse. La voix était absolument conservée sans aucune altération, et il n'existait aucun signe d'angine. Devant la brusquerie des accidents, la dyspnée avec conservation de la voix, l'absence d'angine, on devait porter le diagnostic de corps étranger des voies aériennes supérieures.

Peu de temps après l'admission, survenait un tel accès de suffocation que la trachéotomie devenait indispensable ; elle fut pratiquée par mon interne, M. Thomas, qui incisa la trachée un peu bas, sur les premiers anneaux et sur une longueur assez grande pour augmenter les facilités de sortie du corps étranger. Malgré cette précaution, rien ne fut rejeté au dehors, mais la pénétration de l'air dans les voies aériennes fit immédiatement cesser les étouffements et l'asphyxie.

Du 21 au 29, pendant neuf jours, furent faites un grand nombre de tentatives d'extraction, soit par la plaie trachéale, soit par la bouche, en se guidant tantôt par l'éclairage au laryngoscope, tantôt sur le doigt. Ces tentatives, malgré l'emploi de pinces de formes et de dimensions très variées, n'amenèrent aucun résultat.

Le 29 apparaissaient du malaise et de la fièvre ; une sécrétion muco-purulente très abondante sortait par la canule et la plaie trachéale. Bien qu'on ne trouvât point encore de foyer broncho-pneumonique, le pronostic devenait des plus sérieux.

Le 5 décembre, seize à dix-sept jours après l'accident et l'opération, au moment où on enlevait la canule pour la nettoyer, on trouvait enfin à la partie inférieure de la plaie le corps étranger. Il fut facile de le saisir et de l'enlever avec une pince. C'était un fragmen d'écorce de marron, de forme carrée ; le voici, vous pouvez constater qu'il mesure environ 10 millimètres de long sur 7 de large. Malheureusement cette expulsion tardive ne modifia point la situation du petit patient, dont le mouvement fébrile et la tristesse étaient entretenus par l'inflammation du larynx et de la trachée. Il était impossible d'habituer ces organes à se passer de canule. Dès qu'on l'enlevait, la suffocation réapparaissait. Enfin, le 6 décembre, une nouvelle complication venait à se déclarer. La température montait à 40°, le pouls à 200, la respiration à 80 par minute, et on constatait un noyau de broncho-pneumonie en bas et à droite. On put enfin enlever la canule sans provoquer l'accès de dyspnée, mais l'état restait aussi grave, et, le 8, l'enfant était pris de diarrhée et de petits accès convulsifs, puis il succombait, malgré les soins dont il fut entouré, à six heures du soir. La température, à trois heures, avait été de 40°6.

A l'autopsie, M. Thomas trouvait des lésions broncho-pneumoniques et emphysémateuses très marquées. Les ganglions bronchiques étaient rouges, tuméfiés, non tuberculeux. Le larynx semblait sain ; la trachée n'offrait rien à noter qu'une inflammation

diffuse avec ulcération sur la paroi postérieure au point de pression de la canule. Le cerveau et les méninges étaient très congestionnés.

Peu de jours après, les hasards de la clinique me donnaient l'occasion d'observer un autre exemple de corps étranger dans le larynx. Je fus appelé à l'examiner avec mon collègue et ami M. de Saint-Germain. Cet enfant, âgé de 6 ans, qui habitait la province, avait été pris subitement, trois semaines auparavant, au moment où il croquait une antenne de langouste, d'un accès violent de suffocation accompagné de toux convulsive. La bonne racontait même avoir aperçu dans sa gorge un fragment, qu'au milieu des mouvements désordonnés de l'enfant, elle avait tenté de saisir, et qu'elle avait malheureusement enfoncé. Depuis cet accident, il existait des accès de suffocation, une dyspnée permanente avec une respiration bruyante, et, par moments, une toux vibrante et convulsive que ni les vomitifs, ni les expectorants, ni les calmants n'avaient pu faire cesser.

La persistance de ces phénomènes avait suscité aux parents l'idée d'un déplacement et d'une consultation à Paris.

Au moment de notre examen, les mêmes signes de difficulté de respirer furent constatés par nous, avec la conservation de la voix et du timbre de la toux qui nous indiquèrent nettement le siège sous-glottique de la cause des accidents spasmodiques, mais non pas sa nature indiscutable, et comme la date de leur début était fort éloignée (trois semaines), comme les accidents ne présentaient aucun caractère de danger immédiat, comme, d'autre part, l'auscultation la plus minutieuse ne révélait point de signe certain de la présence de corps étranger, il nous parut plus prudent de ne pas nous prononcer, d'admettre naturellement la possibilité de son existence, mais aussi celle d'une inflammation trachéale et ganglionnaire consécutive à son expulsion.

Dans ces conditions, la trachéotomie ne fut pas immédiatement proposée, et une nouvelle consultation nous parut nécessaire. Les parents, ennuyés de cette demi-mesure, prirent le parti de rentrer en province.

Peu de temps après son arrivée au pays, l'enfant fut pris, paraît-il, de troubles de la respiration plus sérieux; un vomitif fut administré et fort heureusement il fit expulser avec des mucosités sanglantes le débris d'antenne de langouste, cause évidente désormais de tous ces tristes phénomènes. Cette expulsion spontanée, terminaison favorable, est un fait absolument exceptionnel.

Au point de vue thérapeutique, quelles conclusions faut-il tirer de ces deux observations?

Si heureuse qu'ait été la terminaison de la seconde, si défavorable qu'ait été l'issue de la première, je crois que ce serait une erreur complète de conclure de ces faits isolés à la supériorité de l'expectation sur la trachéotomie. L'expulsion spontanée est une véritable rareté. Vous devez sans doute, si les accidents de suffocation ne sont pas trop menaçants, essayer de la favoriser, soit par les vomitifs, soit, moyen qui a quelquefois réussi, en plaçant l'enfant la tête en bas pendant une quinte de toux. Mais vous aurez tort de trop compter sur l'efficacité de ces procédés, surtout s'il s'agit d'un corps irrégulier comme l'objet actuel, pouvant amener une perforation ou susceptible de se gonfler par l'humidité de la trachée comme des pois ou des haricots. Remarquez que notre deuxième malade, avant de guérir, avait rendu du sang en assez notable quantité dans les matières vomies, c'est là ce qui a permis le passage à travers la glotte de l'antenne irrégulière et épineuse. Elle eût pu tout aussi bien amener une perforation de la trachée et tous les accidents d'une médiastinite.

L'extraction par les voies naturelles a été parfois tentée sans trachéotomie. Elle a bien rarement réussi. L'indocilité de l'enfant, les accès de suffocation, que le contact du miroir laryngoscopique et des instruments détermine, rendent ces tentatives plus qu'aléatoires.

La trachéotomie reste donc le plus usuel des traitements des corps étrangers. Elle peut être de nécessité. Notre petit malade de l'hôpital, par exemple, avait une suffocation telle qu'il n'aurait pas survécu une heure sans la trachéotomie.

Elle peut, au contraire, être faite sans accidents menaçants immédiats, tant pour tâcher d'obtenir l'extraction du corps étranger que comme mesure de précaution. Quand le médecin se trouve éloigné, il ne saurait laisser un enfant exposé à une crise de suf-

focation brusque qui pourrait être mortelle avant qu'il ait le temps d'arriver. Si le diagnostic de corps étranger semble bien certain, la trachéotomie s'impose donc à peu près fatalement. Je vous ai dit qu'il fallait surtout éviter de la différer dans le cas des corps irréguliers (arêtes, clous) ou susceptibles de gonflement (pois, haricots, par exemple).

La trachéotomie sera faite un peu bas; la trachée sera incisée sur une étendue assez grande. Ne mettez pas la canule immédiatement en place; attendez quelques instants, en ayant soin d'écarter les lèvres de la plaie à l'aide d'un dilatateur; variez un peu la position de l'enfant; asseyez-le, couchez-le, tout en maintenant l'écartement. Vous aurez parfois la chance d'une expulsion immédiate.

Quand le corps étranger se trouve ainsi rejeté immédiatement, faut-il mettre une canule?

La cause de la suffocation ayant disparu, cela peut sembler inutile. Je crois plus prudent de conserver néanmoins une canule pendant un à deux jours pour éviter : 1° l'hémorrhagie; 2° l'emphysème sous-cutané du cou. La canule est, vous le savez, le meilleur moyen d'arrêter les hémorrhagies après la trachéotomie. Pour peu que le sang ait été abondant, il est donc à peu près indispensable de la fixer à demeure. Parfois même, dans le cas d'hémorrhagie abondante, vous serez forcé de la mettre d'emblée sans pouvoir attendre. Sans canule, l'emphysème sous-cutané est encore à redouter. L'air sortant de la plaie trachéale s'infiltre dans le cou.

M. d'Astros, dans un intéressant travail paru dernièrement dans la *Revue des maladies de l'enfance*, se montre partisan de laisser la plaie béante, sans introduire de canule. Il a essayé ce mode de pansement dans un seul cas où, alors même qu'il n'avait pas obtenu l'expulsion immédiate, il vit survenir un emphysème étendu qu'il attribua à la longueur un peu exagérée donnée à l'incision de la trachée pour faciliter l'issue du corps étranger. Ne faut-il point aussi invoquer l'absence de canule? Quand elle a séjourné un à deux jours, les adhérences sont, au contraire, assez bien établies pour qu'il n'y ait plus à craindre cette complication.

Si l'expulsion du corps étranger n'a pas été immédiate, il faut, bien entendu, mettre une canule Vous la choisirez assez grosse. Des tentatives d'extraction seront faites de façons variées, soit par les voies naturelles, en s'éclairant du laryngoscope, soit par la canule, soit par l'incision trachéale, la canule étant enlevée.

L'aspiration par la canule qu'on a parfois essayée n'a pas donné de bons résultats. Le moyen le plus sûr semble être, chaque fois qu'on enlève la canule pour le nettoyage, d'écarter les lèvres de la plaie au dilatateur, tout en variant les positions de l'enfant.

La trachéotomie doit être faite aussi antiseptiquement que possible. Quand vous le pourrez, vous veillerez à l'antisepsie du milieu dans lequel sera placé l'enfant. Notre petit malade, forcément laissé dans une salle commune assez mal aérée où se trouvaient des coqueluches, des broncho-pneumonies, des tuberculoses, était, au point de vue du milieu, malgré tous les soins de désinfection que nous avons pris, dans des conditions très défavorables.

Si l'on avait pu lui assurer un air pur, il aurait peut-être, malgré l'expulsion tardive du corps étranger, échappé à la broncho-pneumonie. A côté de cette pureté de l'air, je n'ai pas besoin de vous indiquer les autres précautions : tamisage de l'air à travers une cravate de gaze, pièce bien chauffée en évitant, par des vaporisations, des pulvérisations à l'eucalyptus, au thymol, au goudron, la sécheresse excessive, propreté extrême de la canule, plaie protégée par un disque de gaze iodoformée qui sont classiques après l'opération de la trachéotomie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 28 janvier 1891. — Présidence de M. Terrier.

Après les discours d'usage, on a proclamé les lauréats de la Société pour l'année 1890.

Prix Duval : M. Reboul, pour sa thèse « Sur le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses; de l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré ».

Prix Laborie : Ce prix n'est pas décerné. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Legrain, pour un travail intitulé : « Etude critique de certains troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes ». (300 fr.)

Sujet des prix pour l'année 1891 :

Prix Duval : Prix des thèses.

Prix Laborie : Le sujet sera ultérieurement désigné.

Prix Demarquay : « Traitement chirurgical des calculs biliaires ».

Prix Gerdy : « Cure radicale des hernies ombilicales ».

Séance du 4 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Procédé pour pénétrer dans le médiastin postérieur. — Extirpation des tumeurs de la langue.

M. Quénu a fait, en commun avec M. Hartmann, des recherches dans le but de trouver un moyen permettant de pénétrer dans le médiastin postérieur. Nasidekoff, en 1889, avait déjà essayé d'arriver à ce résultat et avait pu vaincre la plupart des difficultés. MM. Quénu et Hartmann ont fini par arriver à régler un procédé facile permettant d'aborder les organes contenus dans la partie postérieure de la cavité thoracique.

On fait une incision verticale au-dessous de l'omoplate, entre le bord spinal de cet os et la ligne médiane qu'indiquent les apophyses épineuses. La partie médiane de l'incision répond à un point situé un peu au-dessous de l'épine, et elle doit avoir au moins 12 à 15 centimètres de longueur. On sectionne d'abord la peau, quelques fibres peu nombreuses du muscle trapèze, qu'il est facile de relever ensuite, puis on coupe le rhomboïde, qu'il est, du reste, possible de suturer lorsque l'opération est terminée. On parvient ainsi sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, on la laisse intacte et on arrive à l'angle des côtes. Si alors on résèque 2 centimètres des troisième, quatrième et cinquième côtes, on a une ouverture thoracique longue de 12 centimètres environ étendue du bord inférieur de la deuxième côte au bord supérieur de la sixième. En décollant la plèvre, il est facile, en écartant la lèvre externe de la plaie, d'explorer le médiastin postérieur par la vue et par la main introduite dans la cavité.

Sur le cadavre, cette opération réussit aussi bien d'un côté que de l'autre. Cependant, il y a quelques différences suivant le côté, et M. Quénu conseille de choisir toujours le côté gauche. En faisant des recherches sur des cadavres congelés, recherches confirmatives, du reste, de celles de Braune, MM. Quénu et Hartmann ont trouvé que la plèvre médiastine droite s'insinue entre la face postérieure de l'œsophage et la face antérieure de la colonne vertébrale. L'œsophage est enveloppé presque complètement et le cul-de-sac pleural va jusqu'à toucher le côté droit de l'aorte thoracique. Ce cul-de-sac rend très difficile, sinon impossible, la pénétration dans le thorax, à droite de la colonne vertébrale. A gauche, au contraire, la plèvre va d'arrière en avant, de telle sorte que la main peut passer entre elle et l'aorte, l'œsophage, etc.

Le procédé n'a pas encore été mis en œuvre sur le malade; mais on pourrait y recourir dans un certain nombre d'affections du médiastin. On pourra enlever ainsi des ganglions tuberculeux ou évacuer un abcès péri-œsophagien ou provenant de la colonne vertébrale. C'est surtout dans le cas d'affection de l'œsophage que le nouveau procédé sera utile. La méthode sera préférable à la propulsion dans le cas de corps étrangers. Les cancers annulaires et limités pourront facilement être réséqués. Mais, dans les cas de cancer étendu, il ne faudra pas espérer réunir les deux bouts du conduit, vu l'impossibilité de mobiliser le bout supérieur.

Enfin, on pourrait encore à l'aide de ce procédé de pénétration intervenir facilement dans les affections de la partie supérieure du poumon.

— M. Berger étudie la *réunion par première intention dans une extirpation des tumeurs de la langue*. La plaie qui succède à l'ablation d'une tumeur offre de nombreux inconvénients, car si l'on peut empêcher les hémorrhagies secondaires en liant préalablement

les linguales, la désinfection de la bouche reste toujours fort difficile. Aussi, M. Berger a-t-il cherché à obtenir la réunion par première intention. Chez un malade, après ligature de l'artère linguale, il fit l'extirpation de ganglions dégénérés situés au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et de la moitié droite de la langue. Il s'était servi du thermo-cautère; mais comme la plaie paraissait saignante, il fit une suture en surjet au catgut, d'arrière en avant. La réunion se fit très rapidement, mais la récidive n'en fut pas moins rapide. Une seconde opération faite pour épithélioma de la moitié gauche de la langue a été suivie de la guérison de la plaie opératoire au bout de dix jours. Ce procédé donnera de très bons résultats si l'on a soin de faire une antisepsie parfaite de la bouche avec une solution chloralée au centième. Les sutures doivent empêcher toute cavité d'exister au-dessous des bords de la plaie; elle doit donc être profonde et comprendre toutes les couches de l'organe. A l'avenir, au lieu de se servir du catgut, M. Berger se servirait de fil non résorbable, soie ou crin de Florence, avec lequel il ferait une suture entrecoupée. Les avantages de la méthode sont considérables : la cicatrisation dure moins longtemps, l'antisepsie est facile; enfin les hémorrhagies secondaires sont beaucoup moins à redouter; la suture comprend toute l'épaisseur de l'organe. On sait, en effet, que, même lorsqu'on lie préalablement la linguale, l'hémorrhagie peut se produire par une petite branche négligée.

M. Quénu a fait trois fois la réunion primitive de la plaie de la langue succédant à l'extirpation du cancer, mais il ne pense pas que le procédé soit toujours applicable; il est très utile quand la tumeur n'occupe que la partie libre de la langue. On peut encore y avoir recours, si le néoplasme, tout en occupant la partie postérieure de l'organe, laisse intact le plancher de la bouche; il faut alors réunir la muqueuse dorsale à la muqueuse génienne. Mais si le plancher buccal est envahi, la réunion par les sutures peut devenir impossible. Cependant, en deux cas, M. Quénu a réuni la muqueuse à la face dorsale à la muqueuse génienne. Dans le premier, la réunion s'est très bien faite, mais le malade est mort de faim au bout de trois jours; dans le second, il y a eu infection de la plaie buccale et mort par suppuration de la région sus-hyoïdienne.

Il y a quatre ans, M. Reclus a traité un cancer lingual par la suture immédiate. Du reste, le procédé avait été employé par M. Péan et par M. Richelot. Depuis ce temps, il a fait plusieurs fois la même opération et a obtenu de bons résultats, même lorsque le plancher de la bouche était envahi. L'opération est alors plus difficile, mais peut cependant réussir.

Chez un des malades, la partie antérieure de l'organe était atteinte et une section en biseau a permis de laisser une partie de la face supérieure de la langue. Dans un autre cas, deux opérations pratiquées en 1886, puis en 1887, ont été suivies de succès, et, pour le moment, il n'y a pas de nouvelle récidive. M. Reclus conseille avant de sectionner l'organe de placer six fils d'argent en arrière du néoplasme. Il a aussi obtenu une réunion par première intention dans un cas de tuberculose linguale où la perte de substance était considérable; la pointe de la langue a été un peu déviée.

M. Richelot se sert depuis longtemps de ce procédé dans les épithéliomas de la langue. Il a d'abord placé des pinces à forci-pressure pendant vingt-quatre heures en arrière de la tumeur. Les inconvénients de ces pinces les lui ont fait abandonner et maintenant il fait immédiatement la suture à points séparés.

La suture devient difficile quand la perte de substance est considérable. M. Richelot conseille alors de faire une rangée de sutures du côté de la langue et une autre du côté du plancher de la bouche; la partie intermédiaire de la plaie se cicatrise d'elle-même et la durée totale de la cicatrisation se trouve diminuée.

M. Bazy a eu une réunion par première intention à la suite de l'extirpation du quart antérieur de la langue chez un diabétique.

M. Marchand a fait aussi plusieurs opérations du même genre. La réunion par première intention a réussi, même dans des cas où il a fallu suturer la muqueuse de la langue à celle du plancher buccal.

M. Terrier insiste sur ce point que, dans la communication de M. Berger, il y a lieu

d'attirer l'attention sur les chances de guérison dans lesquelles se trouve le malade. En effet, la suture a été pratiquée par un grand nombre de chirurgiens, et, ce qui la rend très importante, c'est que l'on évite l'inoculation secondaire des ganglions et les suppurations qui en sont la suite. Il conseille de placer beaucoup de fils, mais de ne pas trop les serrer afin d'éviter qu'il n'y ait des strictions pouvant s'inoculer. Le procédé lui a donné récemment une guérison complète et rapide chez un malade déjà cachectique.

M. Berger pense que sa méthode a surtout été appliquée dans les petites tumeurs de la pointe ou des bords. On doit absolument chercher à faire la suture profonde qu assure l'hémostase et empêche les hémorrhagies secondaires. Cette pratique est bien préférable à l'emploi des pinces à forci-pressure, qui recouvrent souvent des portions malades de la langue, de sorte que la résection est alors incomplète.

— M. Février lit une observation de fracture avec enfoncement du pariétal droit. Il y eut à la suite une anesthésie et une paralysie momentanées du membre supérieur gauche. Après guérison, cette paralysie revint et il s'y joignit une contracture du biceps. La trépanation, pratiquée huit ans après l'accident, montra qu'une hyperostose qui s'était produite au niveau de la fracture comprimait le cerveau. Les mouvements revinrent dans le membre paralysé trois jours après l'opération.

— M. Picqué présente deux malades qui ont subi l'extirpation de l'astragale, l'un pour une paralysie infantile, l'autre pour une luxation incomplète de l'os.

M. Lucas-Championnière montre un malade qui a subi la même opération pour un pied plat. Il a obtenu un succès que constate M. Kirmisson, mais que, d'après ce dernier, on aurait pu obtenir par l'opération d'Ogston.

— M. Picqué montre une malade opérée par M. Périer pour une double tumeur blanche du genou. On a fait l'arthrotomie d'un côté et l'arthrectomie de l'autre.

VARIÉTÉS

Origine tellurique du poison des flèches des naturels des Nouvelles-Hébrides (Océanie).

M. Ledantec vient de donner, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (numéro de novembre 1890), une curieuse étude sur la nature et l'origine probables du poison dont les naturels des Nouvelles-Hébrides — qui sont encore anthropophages à l'occasion, comme on sait — se servent pour empoisonner leurs flèches de guerre.

Plusieurs observations d'individus blessés par ces flèches, relatant que les accidents n'éclataient que cinq ou six jours après la blessure, semblaient bien indiquer que c'était le tétanos qui s'était alors produit. M. Ledantec a donc recherché si l'inoculation du prétendu poison à des cobayes, qui sont les animaux les plus sensibles au bacille de Nicolaïer, ne leur donnerait pas le tétanos, et les résultats de ses expériences ont confirmé ses prévisions.

Voici d'ailleurs comment un Canaque néo-hébridais, qui avait lui-même fabriqué des flèches empoisonnées pendant une guerre de tribu à tribu, exposa à M. Ledantec sa manière de procéder :

On commence par faire, au moyen d'une pierre (les Canaques sont encore à l'âge de la pierre polie), une incision à un arbre appelé *Dot*. Cette incision laisse échapper un suc laiteux qui prend ensuite quelque consistance, et dont on enduit alors la pointe de la flèche de guerre, c'est-à-dire un petit morceau d'os humain effilé. On enroule sur cet enduit un fil, en laissant un certain espace entre les spirales. Cela fait, au moyen d'une écuelle de noix de coco, on prend de l'humus au fond des trous des crabes dans les marais à palétuviers, marais très malsains qui bordent la côte, et on plonge dans cet humus l'extrémité préparée de la flèche. On fait alors sécher au soleil, et, après dessication, on enlève le fil.

L'enlèvement de ce fil fait tomber quelques parcelles de terre, et a probablement pour but de produire des aspérités à la surface de la pointe empoisonnée.

Or, la terre des marais doit contenir le vibrion septique et le bacille du tétanos. La dessication au soleil tue rapidement le vibrion septique, mais le bacille du tétanos reste, et, grâce à ses spores, peut résister des mois et même peut-être des années. Le virus s'atténuant de plus en plus, les vieilles flèches finissent cependant par devenir inoffensives. Cette diminution progressive de virulence caractérise précisément les flèches de cette partie de l'Océanie.

En Amérique et en Afrique, où les peuplades sauvages se servent de poison végétal ou du venin des serpents, on ne constate rien de semblable.

Les indications thérapeutiques qui découlent de ces diverses notions peuvent être précieuses pour les médecins des deux marines, anglaise et française, en station ou en résidence aux Nouvelles-Hébrides.

M. Ledantec conseille de débrider largement les blessures pour pouvoir faire une toilette minutieuse des tissus dilacérés, et enlever les moindres parcelles de terre qui y ont été introduites, à l'aide d'irrigations faites avec le bichlorure acidulé par l'acide chlorhydrique suivant la formule suivante :

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Acide chlorhydrique	0 gr. 50 centigr.
Eau	1,000 grammes.

Ces lavages devraient être pratiqués plusieurs fois par jour, puis la plaie serait saupoudrée d'iodoforme. C'est d'ailleurs à l'aide de ce traitement que M. Kitasato est arrivé à arrêter le développement du tétanos chez les animaux inoculés. (*Revue scientifique* du 17 janvier 1891.) — P.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DU 22 AU 29 JANVIER 1891.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 22. — N° 92. M. Dortel (Emile) : L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. (Président, M. Brouardel.) — N° 93. M. Villy (V.) : Essai sur la valeur thérapeutique du jambul (*Eugenia jambolana*) dans le traitement du diabète sucré. (Président, M. Brouardel.) — N° 94. M. Acquérin (A.) : Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale. (Président, M. Ball.) — N° 95 (*). M. Courtois-Suffit (Maurice) : Les pleurésies purulentes. (Président, M. Debove.) — N° 96 (*). M. Boulay (Maurice) : Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. (Président, M. Debove.) — N° 97. M. Adamski (Emile) : De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum; soins consécutifs. (Président, M. Duplay.) — N° 98. M. Carillon (Louis) : Du mal des montagnes. (Président, M. Proust.)

Le 28. — N° 99. M. Jacquemart (L.) : Du salol et de son emploi dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité. (Président, M. Hayem.) — N° 100 (*). M. Wallich (Victor) : Contribution à l'étude des lymphatiques des organes génitaux internes de la femme. Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide. (Président, M. Pinard.) — N° 101 (*). M. Carmiot (Eugène) : De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. (Président, M. Lannelongue.) — N° 102 (*). M. Sardou (Gaston) : Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique. (Président, M. Tillaux.)

Le 29. — N° 103. M. Fage (Arthur) : Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire. (Président, M. Panas.) — N° 103 *bis*. M. Mavrogropoulo : Traitement de l'uréthrite chronique par le raclage antiseptique. (Président, M. Panas.) — N° 104. M. Mercier (Pierre-R.-E.) : Quelques cas de septicémie gangréneuse. (Président, M. Tarnier.) — N° 105. M. Le Renard (Alfred) : De l'ulcère perforant du duodénum. (Président, M. Mathias-Duval.) — N° 106. M. Gastel (Lucien) : Contribution à l'étude des follicules de Graaf et des corps jaunes. (Président, M. Mathias-Duval.) — N° 107. M. Peltier

(Alfred) : De la lèpre en Nouvelle-Calédonie. (Président, M. Laboulbène.) — N° 108. M. Benoit (Ovide) : Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale. Remarques sur les villosités. (Président, M. Cornil.) — N° 109 (*). M. Bourges (Henri) : Les angines de la scarlatine. Recherches cliniques et bactériologiques faites au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté. (Président, M. Proust.) — N° 110. M. Jacquet (Ferdinand) : Contribution à l'étude clinique de l'insuffisance aortique d'origine artérielle. (Président, M. Debove.)

COURRIER

Hospice Saint-Victor a Amiens. — *Concours pour l'emploi de médecin en chef.* — Il est ouvert un concours pour l'admissibilité à l'emploi de médecin en chef de l'hospice Saint-Victor.

Les candidats devront être de nationalité française, pourvus du diplôme de docteur de l'une des Facultés de médecine de l'Etat et âgés de 40 ans au plus.

Ils adresseront leur demande pour le 7 mars au plus tard au secrétariat de la mairie d'Amiens, qui leur en accusera réception et leur fera connaître en temps utile si elle est agréée, et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée :

1° De l'acte de naissance du candidat;

2° D'une pièce établissant sa nationalité française;

3° De ses diplômes;

4° De sa thèse inaugurale;

5° De ses états de service, d'un exposé de ses titres et travaux scientifiques et notamment de certificats établissant que le postulant aurait été attaché à un titre quelconque soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux;

6° D'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il a sa résidence habituelle.

Les épreuves du concours auront lieu à la clinique de l'Hospice national des Quinze-Vingts à Paris, le 16 mars prochain, à huit heures et demie du matin.

Le jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq docteurs en médecine choisis en majorité parmi ceux s'occupant spécialement d'ophthalmologie.

Les épreuves du concours seront au nombre de trois :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie ou de physiologie tiré au sort entre cinq questions mises dans l'urne par les membres du jury. Il sera accordé trois heures pour traiter le sujet;

2° Une épreuve clinique portant sur deux malades, dont un choisi parmi les malades atteints d'un trouble de la réfraction soit dynamique, soit statique. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, vingt malades pour l'exposition;

3° L'appréciation par le jury des titres et des travaux scientifiques du candidat, ainsi que de ses antécédents comme opérateur et praticien.

Pour chacune des épreuves, le nombre de points à attribuer aux candidats est déterminé par une échelle spéciale...

Le médecin en chef de l'hospice Saint-Victor sera chargé du service quotidien de la clinique ophthalmologique et des soins à donner aux pensionnaires et au personnel de l'établissement. Il jouira d'un traitement annuel de six cents francs.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire :

Traitement des kystes hydatiques du foie (1).

III

Les méthodes, qui se proposent de tuer les hydatides par les injections de substances parasiticides dans les kystes, sont de plus en plus vantées et donnent d'excellents résultats dans beaucoup de cas. Comme, de plus, elles n'offrent pas de difficultés spéciales dans leur manuel opératoire, elles doivent être parfaitement connues des praticiens.

Il y a déjà longtemps que l'on a remarqué que les kystes qui renfermaient de la bile guérissaient souvent spontanément. Se basant sur ce fait, Dolbeau a proposé d'injecter de la *bile* dans l'intérieur du parasite, et son conseil a été suivi par Voisin qui eut d'abord un succès, puis un échec. Depuis, l'injection de bile fut expérimentée par un certain nombre de chirurgiens, mais les insuccès se multiplièrent, et, actuellement, au moins en France, ce mode de traitement n'est plus employé. Cependant, d'après un fait récent, on pourrait encore accorder quelque valeur à cette pratique. En injectant le contenu de trois vésicules biliaires de bœuf, mélangé à une quantité égale d'eau, le docteur Juan Mercant aurait obtenu la guérison d'une tumeur hydatique de la jambe. On avait fait, sans résultat utile, des injections de quinine, d'acide phénique, d'iode, d'alun, et, après une guérison temporaire obtenue par des injections de nitrate d'argent, la tumeur avait récidivé.

Nélaton et Boinet ont fait des injections de *teinture d'iode*. Le succès était loin d'être constant, et, de plus, des accidents survenaient assez fréquemment : inflammation, suppuration, péritonite, œdème, douleurs vives. L'alcool, employé ensuite, se montra infidèle, et on peut dire, avec Potherat, que le traitement des kystes hydatiques par les parasiticides était abandonné lorsque Baccelli inaugura sa méthode.

Dans un premier cas, le médecin italien fit, dans un kyste du foie, une ponction capillaire à l'aide d'une seringue à aiguille fine, analogue à la seringue de Pravaz et bien stérilisée. Il retira 30 centimètres cubes d'un liquide transparent, et immédiatement, par la même canule, introduisit 20 grammes d'une solution de bichlorure de mercure contenant 10 centig. de sel pour 10 grammes d'eau distillée. Puis il nettoya la canule et pansa antiseptiquement la petite plaie. Il y eut un vomissement peu après l'opération, puis un peu de fièvre; mais, bientôt, tout revint à l'état normal, et, un mois plus tard, la malade était renvoyée guérie.

En France, le sublimé a d'abord été employé par Debove, mais d'une

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 février 1891.

manière un peu différente. Ce professeur vide complètement la poche, puis y injecte une certaine quantité de liqueur de Van Swieten dont il retire ensuite la plus grande partie, dans le but d'éviter les accidents d'intoxication. Pour Debove, « le sublimé paraît avoir une action bien supérieure à celle des autres substances, et notamment à celle de la teinture d'iode. Il est un des parasiticides les plus énergiques, et, de plus, dans le cas de kyste non suppuré, il ne forme pas d'albuminate de mercure et agit plus énergiquement qu'en aucune autre circonstance ». La conduite à tenir serait celle-ci : injecter 100 grammes de liqueur de Van Swieten (une quantité moindre s'il s'agit d'un petit kyste) et retirer au bout de dix minutes la liqueur injectée.

Au commencement de 1889, Potherat avait pu réunir 12 observations de kystes traités par les méthodes de Baccelli et de Debove; ces 12 observations donnaient 11 succès et 1 insuccès. Il fait cependant quelques réserves et insiste sur ce point que, d'une part, presque tous les malades avaient des kystes uniloculaires, sauf dans un cas de Terrillon où la tumeur était remplie d'hydatides filles, et que, d'autre part, les malades doivent être suivis longtemps pour que l'on puisse affirmer la guérison définitive.

Depuis le travail de Potherat, un grand nombre d'observations de kystes traités par les injections de liquides parasiticides ont été publiées. Le 26 juillet 1889, Juhel-Rénoy a communiqué à la Société médicale des hôpitaux un cas où l'injection de 150 grammes de liqueur de Van Swieten a été suivie de guérison. L'aspiration une fois terminée, la liqueur fut injectée tiédie à 35° et laissée dix minutes dans la poche; à ce moment, le malade accusa un peu de douleur dans l'épaule droite et on fit l'extraction du liquide, qui était vert clair. Puis 125 grammes furent de nouveau injectés et repris par l'aspiration. Comme suites, il y eut, le lendemain de l'opération, un peu de diarrhée et, deux jours après, un peu de rougeur des gencives. Dix jours plus tard, la tumeur avait disparu.

A la même séance, Chauffard a rapporté l'observation d'une malade qui, après échec de la ponction simple, a été traitée par l'injection d'eau naphtolée sursaturée, 1 p. 2,000. On avait retiré 190 grammes de liquide et on injecta 150 grammes d'eau renfermant environ 7 centigr. 1/2 de naphtol β; l'injection fut laissée pendant dix minutes.

Mesnard (de Bordeaux) se montre très partisan des injections pratiquées avec la liqueur de Van Swieten. Il en a rapporté de nombreuses observations et, pour lui, non seulement les lavages au sublimé peuvent tuer le parasite, mais, de plus, ils peuvent détruire les microbes de la suppuration, quand ceux-ci ont envahi le kyste. Mesnard reconnaît qu'il peut y avoir des symptômes d'intoxication parfois même assez graves, mais seulement quand on n'a pas pris la précaution d'enlever tout le toxique par de grands lavages complémentaires avec de l'eau stérilisée. Pour éviter sûrement la pénétration de la solution antiseptique dans le péritoine, il faut avoir soin de ne se servir que de l'aiguille n° 2 de l'appareil aspirateur et de n'injecter dans le kyste qu'une quantité de solution mercurielle égale à la moitié environ du contenu de celui-ci. La solution parasiticide est laissée cinq minutes dans la cavité kystique, puis on la retire et on injecte, à deux ou trois reprises, toute la quantité d'eau stérilisée que peut contenir la tumeur. Ce procédé guérirait aussi bien les kystes suppurés que l'intervention chirurgicale, et la présence de vésicules filles ne nuirait pas à son efficacité.

Ainsi que l'a fait remarquer Chantemesse, les injections d'eau salée seraient préférables aux injections d'eau pure pour éviter les phénomènes d'intoxication mercurielle.

Juhel-Rénoy est surtout partisan des injections faites avec le naphtol, car on n'est jamais sûr, même en prenant les plus grandes précautions, d'éviter sûrement les accidents d'intoxication, quand on se sert du sublimé. Les injections de naphtol peuvent être efficaces même dans les cas de kystes suppurés et, dans une des observations de M. Juhel-Rénoy, où le kyste renfermait deux litres de pus fétide et infect, la guérison a été obtenue en un mois et demi.

On peut donc, croyons-nous, tenter les injections parasiticides qui peuvent être exécutées par tous les praticiens, dans un grand nombre de cas de kystes hydatiques. La technique opératoire est des plus simples (Juhel-Rénoy) : d'abord lavage de la région épigastrique au sublimé, puis désinfection complète et parfaite des instruments et de l'opérateur. On fait ensuite une ponction franche à l'aiguille aspiratrice et on épuise le liquide sans presser sur la tumeur, sans remuer l'aiguille et en faisant rester le malade absolument immobile. On substitue alors au liquide la solution naphtolée, dont on peut faire passer plusieurs litres et dont on peut laisser une certaine quantité dans la poche sans danger d'intoxication. Il est naturellement inutile de faire des lavages complémentaires avec l'eau bouillie. L'aiguille retirée, on applique un bandage de corps et le malade doit rester immobile. Juhel-Rénoy conseille de donner, six heures avant l'opération, une assez forte dose d'opium (5 à 8 centigr.) qui assure le repos absolu. Dix-sept cas traités par les grands lavages au naphtol ou au sublimé n'ont donné qu'un seul insuccès, sans accidents graves.

Dans les kystes multiloculaires, il est indispensable de laisser du liquide antiseptique dans la poche. Enfin, nous avons vu que les lavages peuvent même donner des succès dans les kystes suppurés.

(*A suivre.*) P. Chéron.

REVUE DES CLINIQUES

La cirrhose cardiaque, par M. le docteur Barth (1). — L'étude de ces trois cas, et c'est pour cela que j'ai insisté sur les symptômes qu'a présentés chacune de nos malades, l'étude de ces trois cas fait ressortir clairement ce point, capital en l'espèce, que les phénomènes cardiaques ont été les premiers en date. Nous constatons une affection mitrale primitive, avec arythmie, asystolie, etc.; mais le foie a fini par prendre la prédominance, et ce sont les symptômes hépatiques, qui, en dernier lieu, attirent l'attention et nécessitent tous nos soins. Le foie était peu perceptible au palper dans les premiers temps; mais, à la suite de congestions répétées, dans l'intervalle desquelles il n'a jamais pu reprendre le volume antérieur à la précédente crise, il a fini par rester gros et dur; un travail de sclérose est apparu, traduit par une hépatite interstitielle chronique. Puis se sont établis les signes de la véritable cirrhose avec une ascite, non point due à une réelle insuffisance circulatoire, mais à une imperméabilité presque absolue du foie rendant extrêmement difficile la circulation porte. Cette cirrhose, d'abord secondaire quant à son importance, occupe maintenant le premier plan, de telle sorte qu'un médecin non prévenu, appelé auprès du malade pour porter un diagnostic, pourrait ne pas savoir auquel des viscères, cœur ou foie, il devrait donner la priorité.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 22 janvier 1891.

Ces faits ne sont point rares; nous en avons vu, dans le service, plusieurs que nous avons pu suivre jusqu'à l'autopsie, en complétant ainsi l'examen clinique par l'examen *post mortem*. La cirrhose cardiaque est, en fait, assez aisément reconnaissable en clinique ; ce qui est moins net, c'est l'interprétation que l'on fait de sa nature, de son anatomie pathologique, de sa pathogénie et de son développement; en somme, elle est assez mal connue et assez mal interprétée.

Et cependant, au premier abord, toutes ces données semblent faciles à résoudre. La lésion cardiaque augmentant, la tension veineuse doit suivre une marche parallèle; il se produit de l'œdème periphérique et viscéral, surtout dans le foie, la circulation hépatique étant intimement liée à l'état du cœur, principalement quand il existe de la stase dans le cœur droit. Rappelons-nous, en effet, que l'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave se fait à peu de distance du cœur.

La stase veineuse s'établit donc aisément dans le foie à la suite des lésions cardiaques. Cela a lieu dans tous les cas. Le foie se soumet d'abord passivement à cette influence, et, si l'affection cardiaque est combattue, puis vaincue, la stase disparaît, la dilatation vasculaire mécanique cède et le foie revient sur lui-même.

Mais la stase ne suffit point à expliquer l'hépatite interstitielle; il y a autre chose. Ce qui le prouve, c'est que cette lésion ne se produit point chez tous les malades. Les phénomènes cliniques, évidemment, sont les mêmes partout; le foie est distendu, augmente de volume; il existe des battements hépatiques, battements très comparables au pouls veineux des jugulaires; puis il revient sur lui-même, une fois la crise passée.

Dans ces cas, on trouve rarement de l'ascite; quand elle existe, c'est un phénomène d'anasarque généralisée, et l'on peut noter alors, en même temps, de l'épanchement séreux, soit du côté du péritoine, soit du côté des plèvres, soit de telle autre séreuse.

Chez d'autres malades, le foie se prend davantage à la suite de chaque attaque d'asystolie, et chaque fois il devient plus malade; ses lésions s'établissent permanentes; il est gros, volumineux; à son tour, il est l'origine d'autres complications qui priment les accidents cardiaques, et la lésion hépatique finit par évoluer pour son compte, au premier plan. C'est alors qu'apparaissent ascite, épistaxis, hémorrhoïdes, insuffisance biliaire, avec ictère ou subictère, ce qui est plus rare. En un mot, ce sont là tous les symptômes d'une cirrhose, et, si l'on ne savait point que le cœur a été le premier atteint, l'on ne penserait guère à une affection hépatique.

Pourquoi cette différence entre les classes de malades ? Pourquoi les lésions hépatiques s'accentuent-elles chez les uns, à chaque accès d'asystolie, tandis que le foie revient sur lui-même à peu près complètement chez les autres? Cela est fort difficile si l'on ne veut expliquer les choses que par les lois de l'hydraulique, par la tension que crée chaque crise dans le territoire veineux viscéral. Mais la tâche devient plus aisée, si l'on veut bien admettre, et il faut toujours en revenir là, si l'on veut bien admettre une susceptibilité spéciale et individuelle des organes de chaque malade. Chez l'un, ce sera le rein; chez un second, l'estomac; chez un troisième, le cœur; chez un autre enfin, le foie, qui réagira et qui fléchira le plus vite devant l'agent pathogénique. Et, si à la stase vasculaire s'ajoute l'intervention de substances toxiques retenues dans le courant sanguin, et par suite insuffisamment éliminées, il se produira une réaction spéciale des organes selon leur susceptibilité héréditaire ou acquise.

Je crois, en effet, que l'on peut établir en loi que les organes s'altèrent non point seulement par raison mécanique, mais aussi selon leur susceptibilité propre; et, dans l'espèce, le foie ne devient cirrhotique, sous l'action du trouble cardiaque, que s'il a été déjà lésé antérieurement, ou s'il est déjà frappé d'une tare quelconque, héréditaire ou acquise.

Reportons-nous aux observations des trois malades dont nous avons parlé au commencement de notre conférence, et voyons si, dans leurs antécédents, nous ne retrouvons point quelques faits qui confirment cette manière de voir et nous autorisent à y insister un peu longuement.

La première d'entre elles est de souche goutteuse; elle est franchement arthritique. Or, vous savez avec quelle facilité, dans ces circonstances, le foie se laisse passivement

congestionner et devient le siège d'une hypérémie fonctionnelle dont l'aboutissant ultime sera la cirrhose.

Notre seconde malade n'offre aucun antécédent arthritique, et dans cet ordre d'idées, nous n'avons rien pu noter qui nous ait mis sur une trace de goutte ou de rhumatisme. Mais c'est une saturnine, héréditaire d'abord, car tous les membres de sa famille polissent les caractères d'imprimerie, et lentement acquise ensuite, car elle a le même métier. Or, dans le saturnisme, le foie est un des premiers, sinon le premier viscère pris, parce qu'il est chargé de la dépuration des produits de la digestion où se trouvent les poussières plombiques. Il s'ensuit que le foie, irrité chroniquement, a réagi d'une façon pour ainsi dire élective, quand il s'est trouvé soumis à l'influence de troubles circulatoires cardiaques.

Chez notre troisième malade enfin, celle dont j'ai suivi le cas à l'hôpital Tenon, nous trouvons des antécédents hépatiques propres. A l'âge de 35 ans, elle a souffert de coliques hépatiques, et, à plusieurs reprises, a subi des poussées d'ictère ou de subictère. Le foie était donc déjà malade, il y avait eu des accidents antérieurs de lithiase biliaire. Sur ce foie prédisposé, la stase cardiaque a fortement agi, une sorte d'inflammation chronique s'est déclarée, et, à sa suite, s'est développé le travail d'organisation conjonctive appelé cirrhose.

Cette notion si importante de physiologie pathologique nous explique, en même temps que la localisation sur le foie du processus scléreux, les variabilités extrêmes qui existent dans les lésions anatomo-pathologiques, variabilités qui ont conduit les auteurs à des descriptions si différentes, et les ont amenés à envisager, selon leurs théories et leurs opinions, la nature de cette lésion et ses systématisations anatomiques.

Cornil et Ranvier, puis Sabourin, ont été frappés des lésions consécutives à la stase, des lésions du foie muscade. Selon ces auteurs, il se produit d'abord une dilatation des veines centrales ou sus-hépatiques; au microscope, la coupe d'une de ces veines est entourée d'une zone claire; à la phériphérie, une zone foncée correspond aux espaces portes qui entourent la veine centrale.

A la suite de la dilatation des veines sus-hépatiques se produit celle des capillaires adjacents; ceux-ci, comprimant le parenchyme hépatique au pourtour de la veine, en réduisent la masse, ce qui donne l'apparence de la zone claire. Bientôt se constitue un certain degré d'épaississement scléreux des parois des capillaires, processus scléreux qui va dans la suite s'étendre plus loin encore; c'est ce que ces auteurs appellent « sclérose centro-lobulaire ». A la périphérie du lobule les lésions conjonctives sont nulles ou à peine accusées, il n'existe guère qu'une dégénérescence graisseuse des cellules, peu avancée du reste.

Les auteurs étrangers émettent une opinion un peu différente. Liebermeister, Stokes, Jones, Wickham Legg, et, en France, Talamon, ont surtout en vue la cirrhose vulgaire à la périphérie, et cela en première ligne. « Il faut, dit M. Talamon, distinguer deux sortes de lésions : celles qui tiennent à la péri-artérite et qui rentrent dans la classe des altérations générales fibroïdes ou scléreuses, formant le substratum anatomique de ce qu'on appelle la diathèse fibroïde : ce sont des lésions concomitantes; celles qui tiennent à la lésion cardiaque même et qui sont le résultat de la gêne circulatoire de tout le système veineux hépatique : 1° lésions intralobulaires : dilatation et sclérose de la veine centrale; dilatation des capillaires, aplatissement des cellules; 2° lésions extralobulaires : prolifération embryonnaire de l'espace porte et cirrhose plus ou moins étendue pouvant aller jusqu'à la cirrhose multilobulaire vulgaire. »

Vous voyez que les deux systèmes diffèrent, et cependant il me semble que chacun d'eux contient une partie de la vérité et que l'on peut les mettre d'accord en disant que la cirrhose cardiaque est une cirrhose diffuse.

A l'œil nu, l'aspect est toujours le même; le foie est toujours plus volumineux que normalement; sa surface est lisse ou ne présente que de faibles inégalités. A la coupe, l'on constate une disposition spéciale des espaces portes et des veines sus-hépatiques qui produit ce qu'on appelle le foie muscade.

C'est une sorte de marbrure constituée par des alternatives de jaune et de rouge. Le rouge est situé au centre du lobule, il correspond à la veine sus-hépatique gorgée de

sang, ainsi qu'aux capillaires qui en sont le plus rapprochés. Cette zone rouge est entourée d'un anneau jaunâtre ou brun grisâtre, correspondant à la périphérie du lobule et constitué par des cellules normales et altérées, très souvent en dégénérescence graisseuse.

Telle est l'apparence à l'œil nu. Les lésions semblent bien tranchées et la substance même du foie paraît dissociée. Mais l'examen microscopique montre que, au contraire, il y a là des lésions diffuses. En même temps qu'au centre du lobule, il y a très souvent à la périphérie des lésions de cirrhose diffuse.

Pour bien comprendre la disposition de ces lésions scléreuses, il faut remonter à la physiologie pathologique et à l'étiologie première. Ces lésions, vous ai-je dit, sont diffuses, mais avec certaines particularités. Que le malade ait été atteint d'artério-sclérose antérieurement à l'état actuel, c'est autour de l'artère hépatique qu'apparaîtra l'épaississement conjonctif, et c'est de ce point qu'il s'étendra; qu'au contraire il soit un alcoolique, c'est autour des radicules de la veine porte que s'accentueront les lésions; qu'il ait été, avant les phénomènes hépatiques qui nous occupent, affecté d'accidents de lithiase biliaire, c'est autour des canalicules biliaires que la cirrhose se développera, ainsi que l'on peut le constater dans la cirrhose hypertrophique de Hanot.

Ces quelques mots vous ont assez bien fait voir que toutes les causes peuvent se combiner dans la cirrhose cardiaque, et que, dès lors, on constate le plus souvent des lésions diffuses, mais lésions différant de la cirrhose diffuse proprement dite, en ce que la modalité spéciale au sujet intervient et amène une prédominance sur tel ou tel point, en ce que le processus est modifié selon que le foie a été biliaire, saturnin, alcoolique, arthritique.

Les caractères cliniques de la cirrhose cardiaque vous ont été signalés en commençant, quand nous avons étudié nos trois malades, aussi passerons-nous rapidement sur ce chapitre et nous contenterons-nous d'un court résumé.

On la voit surtout chez les asystoliques; alors on constate de l'augmentation du volume du foie. Il existe aussi assez souvent des battements hépatiques, mais seulement au début, quand il n'y a que la congestion simple et pas encore de sclérose. Il en est de même des sensations pénibles ou douloureuses, telles que pesanteur, tension au niveau de l'hypochondre droit, oppression causée par gêne du diaphragme.

Quand les accès d'asystolie se sont plusieurs fois répétés, le volume du foie peut devenir plus considérable encore, et, dans les violentes poussées congestives, il dépasse de beaucoup les fausses côtes et descend quelquefois jusqu'à l'ombilic ou même au-dessous.

L'ascite est un symptôme habituel; peu abondante dans les premiers temps, où elle ne se produit guère que par suite de la gêne de la circulation veineuse, elle se produit plus tard en quantité considérable et hors de proportion avec les autres hydropisies. C'est qu'alors, en plus de la circulation veineuse générale gênée, intervient une obstruction locale, une gêne de la circulation porte par suite de l'engorgement viscéral et de a sclérose hépatique. Cette ascite se reproduit très vite, et, ainsi que nous l'avons constaté dans nos observations, il est nécessaire de pratiquer souvent la ponction; mais il faut ajouter qu'une thérapeutique bien dirigée peut, sinon arrêter ce développement, au moins en éloigner les effets nuisibles.

Dans tous ces cas, le foie est augmenté de volume, il est sclérosé; il est cependant rare que cette sclérose entraîne à sa suite l'atrophie du viscère. Evidemment, elle pourrait y aboutir, si le malade durait assez longtemps. Mais elle n'a point le temps de se produire, car le malade, atteint de plusieurs côtés à la fois, meurt avant que l'évolution des lésions se soit accomplie. Et, d'autre part, ce n'est pas une lésion systématisée, comme on le voit, au contraire, dans la cirrhose classique, où se produit la rétraction inodulaire.

En somme, le diagnostic de la cirrhose cardiaque est assez aisé à faire, si l'on suit l'évolution des phénomènes et que l'on ait d'abord devant soi un cardiaque qui devient progressivement hépatique. Les manifestations hépatiques, légères d'abord, intermittentes, si je puis m'exprimer ainsi, ne tardent pas à prendre une prédominance marquée sur les symptômes cardiaques.

Mais, si l'on a à examiner un malade arrivé à une période avancée, et qu'il ne présente

que les seuls symptômes cirrhotiques, tandis que le cœur au repos ne va pas mal et que l'on n'y constate qu'un souffle plus ou moins accusé, alors l'on peut à juste titre être embarrassé.

En interrogeant le malade avec soin, en recherchant minutieusement ses antécédents pathologiques, l'on apprend que les phénomènes d'anasarque ont précédé l'apparition de l'ascite et qu'une affection cardiaque primitive a précédé une affection hépatique secondaire. De plus, on retrouve d'autres caractères des cirrhoses mixtes, ce qui confirme l'idée de cirrhose cardiaque.

De toutes les considérations que nous venons d'émettre devant vous, découlent des déductions thérapeutiques, et celles-ci doivent être établies de bonne heure, car, chez beaucoup de malades, la lésion cardiaque peut être combattue et même arrêtée, tandis que la lésion hépatique, une fois établie, suit une marche progressive, ne peut être enrayée, et se trouve être très souvent la cause de la mort. L'un des premiers soins du médecin est donc de surveiller attentivement le foie chez les cardiaques qu'il traite, et cela surtout dans la clientèle de la ville, où l'on voit le plus souvent les maladies à une époque moins avancée qu'on ne le fait à l'hôpital. Alors le médecin peut quelque chose et, si le traitement est approprié, il pourra enrayer la marche en avant de la lésion.

Si donc, chez un malade, après une ou plusieurs attaques de rhumatisme ou d'une autre maladie qui peut porter sur le cœur, vous constatez l'apparition de manifestations mitrales, pensez toujours, en suivant le cas, à examiner l'hypochondre droit, et sachez soigner le foie aussi bien que le cœur.

Il faut prévoir l'irritation hépatique et il faut éloigner et supprimer toutes les causes qui pourraient amener l'hypérémie de cet organe. Insistez beaucoup sur le régime de votre malade; défendez rigoureusement les alcools et administrez *larga manu* les alcalins. Quand le foie se gonfle et que, par conséquent, vous craignez l'engorgement du viscère, n'hésitez pas à ordonner les purgatifs. Si, après une attaque d'asystolie que vous n'avez pu empêcher, le foie reste gros, que la congestion hépatique vous semble intense avec dyspnée et douleurs, il faut une intervention plus énergique et c'est alors que la révulsion se trouve indiquée : application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région du foie.

Vous conseillez en même temps le calomel à la dose de 40 à 50 centigrammes par vingt-quatre heures, et cela pendant trois à cinq jours; c'est là un excellent diurétique généralement très bien toléré. Vous emploierez encore avec succès le podophyllin, les eaux salines chaudes, les eaux de Châtel-Guyon ou de Carlsbad. Par ces moyens, on arrive à dégorger le viscère hyperémié et l'on retarde ou l'on empêche l'apparition d'une cirrhose dont les effets, ainsi que nous avons pu en juger, sont des plus graves.

A une période plus avancée, avec un foie dur et point d'ascite, réglez le traitement selon l'état de votre malade; choisissez des maux le moindre; si le malade est déjà très détérioré, attendez pour appliquer une thérapeutique active, car celle-ci ne pourra que l'affaiblir davantage. Mais, s'il est vigoureux, n'hésitez pas à le traiter énergiquement; vous le remonterez par les moyens que je viens de vous indiquer et vous apporterez une aide précieuse aux radicules de la veine porte, qui deviendront plus perméables; en outre, l'irritation locale diminuant ou même disparaissant, vous mettrez obstacle au développement de la cirrhose, dont le terme est, vous le savez, la mort à une époque plus ou moins éloignée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1891. — Présidence de M. TARNIER.

La correspondance comprend :

Un extrait du testament de Mme veuve Hédouin, qui lègue à l'Académie une somme de 20,000 francs, dont les intérêts serviront à fonder un prix dit « Prix Charles Boulard », décerné tous les deux ans au meilleur ouvrage sur les maladies mentales.

Action de la lymphe de Koch sur le cobaye sain. — M. Jaccoud : « C'est l'histoire d'un cobaye que je viens raconter à l'Académie.

Lorsque j'ai été en possession de la lymphe de Koch, j'ai résolu de l'employer à la constatation de l'une des propriétés expérimentales qui lui ont été attribuées, et de rechercher si l'injection réitérée de cette lymphe chez le cobaye sain le rend réfractaire à l'inoculation de la tuberculose.

J'ai procédé ainsi qu'il suit, avec le concours de M. Ménétrier.

Nous avons fait choix d'un cobaye angora très robuste, du poids exceptionnel de 580 grammes.

En deux séries séparées par un intervalle de huit jours, s'étendant l'une du 8 au 18 décembre 1890, l'autre du 27 décembre au 4 janvier 1891, l'animal a reçu, par l'injection quotidienne ou bi-quotidienne d'une dilution au centième, une quantité totale de lymphe pure égale à 50 centigrammes, 25 centigrammes par chaque série.

Le seul effet appréciable a été un léger amaigrissement; à la fin de la seconde série, le 4 janvier, le cobaye ne pesait que 554 grammes, en perte de 26 grammes sur le poids initial.

Le jour suivant, 5 janvier, M. Ménétrier l'a inoculé sous la peau, au niveau de l'épaule droite, avec la moitié d'un ganglion provenant d'un cobaye tuberculeux.

Un mois après, jour pour jour, le 5 février, le cobaye a succombé avec un poids de 450 grammes.

L'autopsie a montré des ganglions tuberculeux dans les deux aisselles, des granulations grises confluentes dans les deux poumons, une hépatisation hémorrhagique au sommet du poumon droit, des tubercules caséeux conglomérés en masses dans le foie et dans la rate.

C'est le minimum de la survie pour l'espèce cobaye, après l'inoculation de la tuberculose; c'est le maximum des lésions que cette inoculation peut provoquer.

Donc l'imprégnation préalable de l'organisme par le liquide de Koch n'a eu dans ce cas aucune action préventive.

En même temps que le précédent cobaye, le 5 janvier, un cobaye de petite taille, du poids de 485 grammes, a été inoculé dans la même région avec l'autre moitié du ganglion. Il est devenu tuberculeux, comme en témoignent les ganglions de l'aisselle et le degré de l'amaigrissement; il pèse aujourd'hui 397 grammes, en perte de 88 grammes sur son poids primitif; mais enfin il est encore vivant; il a donc survécu déjà dix jours au cobaye qui a été injecté préventivement. »

M. Dujardin-Beaumetz, dans les expériences qu'il a faites avec M. Dubief, est arrivé à des résultats comparables à ceux de M. Jaccoud.

Sur deux séries de cobayes, il a inoculé aux uns la tuberculose avant la lymphe, aux autres la lymphe avant la tuberculose. Tous les animaux sont morts et aucun n'a semblé présenter d'amélioration sous l'influence du médicament. Ils ont eu des hémorrhagies rénales très intenses que l'on a vues aussi chez l'homme.

Mesures à prendre contre les maladies transmissibles. — M. Lagneau insiste sur les précautions à prendre contre ces maladies. Il conviendrait que l'on généralisât, en les rendant gratuites, la vaccination et la revaccination; que l'isolement et la désinfection soient pratiqués avec soin; de centraliser dans une seule administration les services d'hygiène, afin que les mesures efficaces soient rapidement appliquées. M. Lagneau doute que la vaccination obligatoire soit acceptée de tout le monde.

Traitement des ulcères de la cornée. — M. Valude préconise un pansement occlusif sec et rare dont il a obtenu d'excellents résultats. Les douleurs cessent rapidement et l'ulcère devient transparent; finalement, il n'y a qu'un petit leucome. Voici comment on pratique le pansement :

Après avoir lavé au sublimé à 1/5000 la cavité oculaire, on applique sur les paupières fermées une rondelle épaisse de gaze au salol, puis d'ouate antiseptique; une bande de tarlatane mouillée et modérément serrée maintient le pansement. Cette bande, en séchant, forme une sorte d'appareil inamovible qui assure la compression égale et l'occlusion; le pansement est laissé en place trois ou quatre jours, ce qui constitue une

énorme simplification du traitement pour les malades de la classe ouvrière. Le pansement sera appliqué jusqu'à parfaite guérison.

Le même pansement sec et occlusif réussit avec une très grande rapidité dans les ulcères simples sans hypopyon et aussi dans les ulcères scrofuleux des enfants; il est indiqué, à l'exception de tout autre traitement, dans toutes les kératites ulcéreuses.

Les revaccinations. — M. Créquy : A la Compagnie des chemins de fer de l'Est où la revaccination est pratiquée depuis deux ans et demi, elle est imposée aux agents qui veulent y entrer. Un service de revaccination est organisé sur tout le réseau qui rayonne dans une quinzaine de départements : 40 médecins en sont chargés; ils reçoivent, tous les premiers mardis de chaque mois, un tube de pulpe de vaccin, ce qui permet de vacciner à jour et à heure fixes.

Avant la revaccination, la Compagnie comptait annuellement une quinzaine de varioleux dont 2 ou 3 succombaient, entraînant environ 400 jours d'incapacité de travail. Depuis cette époque, aucun agent n'est mort, 4 ont été atteints de varioloïdes légères n'ayant occasionné en moyenne que 20 jours de repos annuel. Ces résultats, si avantageux au point de vue de l'hygiène, n'ont entraîné qu'une dépense insignifiante.

La conclusion est qu'un service semblable pourrait être établi dans toute la France au grand profit de l'accroissement de la population sans qu'il en coûte rien aux contribuables.

— M. Quinquaud est élu membre titulaire dans la section de physique et de chimie par 41 voix contre 32 à M. Riban.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 février. — Présidence de M. E. Labbé.

Sommaire : *Rôle de l'eau et du sol dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde. — Pouls lent permanent et urémie. — Etude clinique et bactériologique du choléra nostras.*

M. Chantemesse : Dans la dernière séance, M. Dionys des Carrières a communiqué l'observation d'épidémies de fièvre typhoïde se produisant depuis neuf ans, à des intervalles variables, dans une même ferme. On a invoqué la théorie de Pettenkofer sur l'influence de la variation de la nappe souterraine, pour expliquer ces épidémies; mais cette assertion n'est pas justifiée.

Pettenkofer admettait tout d'abord que les oscillations de la nappe souterraine pouvaient produire des émanations qui devenaient l'origine des épidémies. Depuis la découverte du bacille, ce savant et son école font jouer au contraire le principal rôle au sol, dans lequel les germes typhiques arriveraient à un certain degré de maturité grâce à la présence de l'air et de l'humidité en quantité favorable. Il en serait de même pour le bacille du choléra.

Pour démontrer le rôle de l'eau et du sol dans la production des épidémies de fièvre typhoïde, M. Chantemesse présente un graphique, tracé par M. le docteur Marchoux, où sont inscrits mensuellement, pour un espace de vingt-deux années, les oscillations de la nappe souterraine, la chute des pluies, et le nombre des cas de fièvre typhoïde observés à la caserne d'artillerie de marine à Lorient. Les chiffres avaient été relevés avec beaucoup de soin par les autorités maritimes.

Or, en 1887, dans une enquête faite par MM. Brouardel et Chantemesse sur les épidémies qui ravageaient la caserne d'artillerie de cette ville, il fut reconnu que les épidémies cholériques et typhiques ne frappent pas en même temps la caserne et la population civile. Or, l'eau potable ne vient pas de la même source. Celle qui alimente la caserne provient d'un ruisseau peu éloigné. Le captage est défectueux. L'eau passe sous des prairies à une très petite profondeur; et, sur ces prairies, on fait, deux fois par an, l'épandage des matières provenant des latrines de la ville. Cet épandage une fois fait, et juste un mois après la première pluie qui tombe sur ces prairies, éclate une épidémie de fièvre typhoïde. Ce fait se reproduit régulièrement deux fois par an depuis très longtemps.

Si maintenant on considère sur le graphique la courbe des oscillations de la nappe souterraine, on voit qu'il n'existe aucune relation entre les variations du niveau de cette nappe et les épidémies.

De tout ce qui précède on peut donc conclure que l'eau joue le rôle de véhicule des germes typhiques, tandis que le sol en est le récepteur et le foyer.

Peut-être, un jour, démontrera-t-on que les germes typhiques peuvent prendre ou recouvrer dans le sol des propriétés et des qualités particulières de virulence et de résistance; cette hypothèse a déjà été émise pour le bacille du choléra (Hueppe).

— M. Comby présente, en son nom et au nom de M. Martin-Dürr, l'observation d'un cas de pouls lent permanent fort analogue aux cas déjà présentés par MM. Debove et Gingeot, en ce sens que le phénomène du pouls lent s'accompagnait de symptômes urémiques intenses, qui disparurent facilement par le régime lacté, de même que dans les observations précédentes.

Il s'agit d'une femme de 79 ans qui avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a deux ans, cependant, elle avait eu des étourdissements et des vertiges. En juillet 1890, elle fut prise d'étouffements, elle présentait de l'œdème des membres inférieurs, et, pour la première fois, un médecin constata le pouls lent.

En décembre dernier, elle entra à Sainte-Périne, se plaignant de vertiges, d'étourdissements et de crises très pénibles d'étouffement. Voici ce que l'examen attentif de cette malade permit alors de constater : pouls considérablement ralenti (32 à 36 pulsations), faciès cardiaque, œdème des malléoles ; cœur dilaté, la pointe battant à 12 centimètres du bord sternal dans le sixième espace. A l'auscultation, premier bruit un peu sourd, mais pas de souffle, pas d'arythmie; pas de retard du pouls, pas d'athérome ; légère dilatation des carotides; léger emphysème pulmonaire, sans autres râles; rien aux viscères abdominaux, rien du côté du système nerveux; température normale. L'urine est très peu abondante (250 à 500 grammes par jour); 0 gr. 30 centig. d'albumine par litre et seulement 4 à 5 grammes d'urée ; pas de sucre, diminution notable des phosphates.

Cette albuminurie avec hypoazoturie et hypophosphaturie indiquait donc une insuffisance réelle de la dépuration urinaire.

Le bromure de potassium fut d'abord prescrit à la malade, à la dose de 2 à 4 grammes par jour ; les résultats furent nuls ; on eut recours alors à la caféine, qui ne réussit pas davantage. Mais avec le régime lacté, commencé aussitôt après, l'amélioration ne se fit pas attendre. Dès le lendemain, il y avait 1,100 grammes d'urine; puis, les jours, suivants, 1,200 et 1,500 grammes. En même temps les accès d'oppression et les vertiges disparaissaient. Au bout de quinze jours, l'état de la malade avait complètement changé.

Une nouvelle analyse de l'urine montra la persistance de l'albumine ; mais, d'autre part, une augmentation considérable de l'urée et des phosphates. La quantité d'urée s'élevait à 22 grammes (au lieu de 4 ou 5 grammes); les phosphates avaient doublé.

Les excellents résultats donnés par le régime lacté absolu ne permettent pas de douter de l'origine toxique des accidents que présentait la malade, et montrent que, lorsque, chez un individu atteint de pouls lent permanent, on voit survenir de tels accidents, crises de dyspnée, étourdissements, syncopes, etc., il faut penser à l'urémie et recourir à son traitement.

M. Huchard a observé six cas de pouls lent permanent. Dans un de ces cas, le phénomène s'était d'abord montré sous forme d'accès, et ce ne fut que dans une deuxième période de la maladie que le pouls lent fut permanent. Bientôt survinrent chez ce malade de l'albuminurie et des accidents urémiques, et il succomba en pleine asystolie.

Les observations montrent, en effet, que ces malades meurent soit par syncope (terminaison très fréquente), soit par urémie, soit par asystolie. Mais ces accidents ne reconnaissent pas la même origine; les uns, convulsions épileptiformes, syncopes, se rattachent au pouls lent lui-même et à l'ischémie bulbaire, dont il est le principal symptôme; les autres, albuminurie, dyspnée, accès de suffocation, quelquefois angine de poitrine, sont dus à l'altération athéromateuse des artères, qui, d'après sa localisation,

détermine des phénomènes cardiaques, rénaux ou cérébraux. Cette distinction est très importante au point de vue thérapeutique. En effet, contre l'anémie bulbaire on aura recours aux médicaments congestifs, tels que la trinitrine et le nitrite d'amyle; contre l'asthénie cardiaque, on prescrira le café, la caféine, le thé, l'alcool, et non la digitale, qui est absolument contre-indiquée dans la bradycardie; enfin, le régime lacté fera disparaître rapidement les accidents rénaux.

M. Chantemesse a observé un fait de pouls lent permanent avec attaques épileptiformes et syncopales. Les urines contenaient de l'albumine. A l'autopsie, il y avait des lésions d'athérome généralisé, de néphrite, de myocardite, mais les vaisseaux du bulbe ne présentaient pas de lésions athéromateuses. La théorie de l'ischémie bulbaire ne semble donc pas justifiée dans ce cas.

M. Laveran a, lui aussi, observé un cas de pouls lent permanent avec vertiges, lipothymies, syncopes; il n'y avait pas d'albumine dans les urines; il y avait une hypertrophie marquée du cœur et un souffle au niveau de l'orifice aortique. Le pouls ne battait pas plus de vingt fois par minute. La noix vomique fit remonter le pouls à 30 pulsations et amenda notablement les symptômes fonctionnels.

M. Rendu : Parmi les individus présentant le pouls lent permanent, les uns sont des rénaux, d'autres des cardiaques, d'autres enfin des athéromateux; il en est même une autre catégorie : celle des malades qui, avec un pouls lent permanent, présentent un état général satisfaisant. M. Rendu a ainsi observé un homme de son service dont le pouls battait seulement seize à dix huit fois par minute, et qui n'a jamais éprouvé aucun trouble fonctionnel. Le cœur et les vaisseaux étaient sains et les urines normales.

Tous les traitements essayés pour modifier son pouls ont successivement échoué. On ne peut donc admettre, dans des cas de ce genre, une urémie latente et attribuer le pouls lent à une intoxication due à l'insuffisance de la dépuration urinaire.

M. Comby : Personne ne dit que le pouls lent est un symptôme de l'urémie. Mais on peut affirmer que le pouls lent permanent, syndrome bulbaire, coïncide, dans quelques cas, avec l'urémie, et que, dans ces cas, le traitement par le régime lacté fait rapidement disparaître les symptômes les plus inquiétants, sans toutefois modifier le pouls, qui reste immuable. *(A suivre.)*

FORMULAIRE

Traitement du kyste hydatique du poumon. — Lereboullet.

Le traitement consiste dans l'évacuation du liquide kystique. Si l'on retire un liquide séreux, limpide comme de l'eau distillée, et surtout si ce liquide renferme quelques crochets, on pourra compléter l'opération par une ponction aspiratrice. Plus on enlève de liquide, et plus, en effet, on peut être certain de la guérison, les hydatides mourant assez vite, lorsque le kyste a été presque entièrement vidé. — Si le kyste a suppuré, et s'il ne s'est pas complètement vidé par les bronches, une pleurotomie ou tout au moins un empyème, avec drainage et lavage antiseptique de la cavité putride, peuvent encore être indiqués. Mais dans le cas où le kyste communique largement avec les bronches, et où il se vide facilement, le seul traitement à instituer consiste à relever les forces du malade, et à favoriser l'expulsion des débris du kyste pour en hâter la cicatrisation.

N. G.

COURRIER

Association générale des médecins de France. — *Société centrale.* — La Société centrale a tenu, le 1er février 1891, sa séance annuelle dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. M. Bucquoy a été nommé président en remplacement du professeur Lannelongue, dont le mandat est expiré.

M. G. Piogey, à qui incombait la tâche, en qualité de secrétaire, de rendre compte de la situation de la Société, a rappelé les pertes cruelles qu'a faites l'Association pendant l'année 1890. Leur nombre a été plus considérable que les années précédentes par suite du surcroît de fatigues qu'a imposé au corps médical l'épidémie d'influenza; le nombre des adhésions a été de 31.

Le docteur Machelard lit un rapport au nom de la Commission chargée d'étudier la question de l'Assurance mutuelle en cas de maladie. Une enquête a été faite sous forme de questionnaire adressé aux membres de la Société; elle n'a donné lieu qu'à 122 réponses pour 822 sociétaires; 45 étaient favorables au principe de l'assurance, mais la plupart présentaient tant d'objections au point de vue de la mise en pratique de ce projet, des dangers qu'il pourrait y avoir à fusionner l'Association générale, qui est une œuvre de bienfaisance confraternelle, avec l'assurance contre la maladie, qui est une œuvre de prévoyance, qu'on ne saurait les considérer comme des adhésions formelles. Les 62 autres réponses manifestaient la crainte que la nouvelle Société n'entravât la marche si prospère de l'Association générale, qu'elle nécessitât un règlement difficilement applicable dans des régions où n'existent pas de grands centres médicaux. La Commission se range à cette manière de voir : elle accorde toute sa sympathie à l'œuvre nouvelle qu'on veut créer, mais croit que ses intérêts devront toujours être distincts de ceux de l'Association.

M. Gallet-Lagoguey, le promoteur et le président de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, fait remarquer que le but de cette dernière n'est pas de s'incorporer à l'Association générale, ni de fusionner avec elle, mais d'obtenir son concours moral. Les deux institutions ne s'excluent nullement et se recrutent le plus souvent parmi les mêmes adhérents.

M. Brun lit son rapport sur la situation financière de la Société pendant l'année 1890. L'avoir se monte, au 1er janvier, à la somme de 61,602 fr. 15. Il a été alloué 2,000 francs à la Caisse des pensions viagères, distribué 7,855 francs à 60 personnes dont 7 sociétaires, 18 veuves de sociétaires, 11 médecins non sociétaires, 17 veuves de médecins non sociétaires. 3 pensions nouvelles de 600 francs sont demandées à la Caisse des pensions de retraite, ce qui, avec les 4 pensions déjà existantes, constitue 7 pensions.

On procède ensuite aux élections; sont nommés : vice-président : M. Horteloup; secrétaire : M. Gérard Piogey; vice-secrétaire : M. Emile Piogey; trésorier : M. Brun; membres de la Commission administrative : MM. de Beauvais, du Castel, Clermont, Costilhes, Denouh, Faure-Miller, Foucart, Laugier, Leroux (Charles), Pfeifer et Thibierge (Georges).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste Mathieu, décédé subitement le 28 janvier 1891, dans sa 78e année, à la Charité-sur-Loire (Nièvre).

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 février 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Chervin : A propos du bégaiement hystérique. — 2. M. Duroziez : Rapport sur une communication privée (comité secret). — 3. M. Wickham : Proposition relative à la publicité des procès-verbaux. — 4. Vote sur la candidature de M. Jullien (membre titulaire).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant ; G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'Académie s'est occupée, très peu à la vérité, de la lymphe de M. Koch. Le savant prussien avait dit que l'injection de ladite lymphe chez le cobaye sain le rendait réfractaire à l'inoculation de la tuberculose. Les expériences de M. le professeur Jaccoud et de M. Dujardin-Beaumetz ont démontré qu'il n'en était rien; les cobayes inoculés avec la lymphe, puis avec la tuberculose, sont même morts plus tôt que ceux à qui on n'avait inoculé que la tuberculose seule.

Voilà donc un nouveau démenti — à ajouter aux autres — donné aux assertions de M. Koch.

— Les dernières nouvelles de l'Allemagne sont intéressantes. M. Bardenheuer a traité 100 malades dans son service de chirurgie depuis six semaines; il n'a constaté aucune guérison complète, mais, en revanche, il a vu des éruptions de tubercules nouveaux à la suite des injections. Ewald n'a vu de guérison complète que dans un cas de lupus; dans les cas compliqués de phthisie, il a remarqué que de nouvelles zones de matité apparaissaient et que celles qui existaient déjà augmentaient.

FEUILLETON

CAUSERIE

Le 21 janvier dernier, à New-York, soixante-douze journalistes et médecins étaient réunis à Union Square Hall pour assister à une séance privée d'hypnotisme donnée par Mlle Charcot, nièce de l'éminent aliéniste parisien de ce nom.

Mlle Charcot est grande, élancée, les cheveux noirs et les yeux enfoncés. Elle était accompagnée de deux sujets qu'elle avait déjà soumis à l'influence hypnotique. Quelques médecins disent que le sujet leur faisait l'effet d'être prédisposé à l'épilepsie. Après plusieurs expériences intéressantes sur les deux sujets, M. George Francis Train demanda à Mlle Charcot de mesmeriser quelqu'un de l'assistance. Elle vint se placer derrière l'assistance, puis un jeune homme se leva et vint se mettre près d'elle, marchant comme un somnambule, à la manière des autres sujets. Mlle Charcot était naturellement très excitée par ces exercices; sa figure était animée et ses yeux brillaient d'une manière extraordinaire. Elle dit que la dernière expérience l'avait épuisée beaucoup plus que les précédentes, etc.

*
* *

Evidemment les Américains se sont laissé éblouir par l'éclat du nom de Charcot et

Brieger a vu aussi des éruptions de tubercules en des points qui paraissaient sains, mais il ne croit pas que ce soient des lésions nouvelles provoquées par la lymphe; il y avait en ces points des tubercules trop petits pour être vus; la lymphe les a rendus visibles, voilà tout. Ce qui le prouverait, d'après lui, c'est que ces foyers rendus ainsi visibles ne se sont montrés dans ses observations qu'après les premières injections et jamais après les injections ultérieures, ce qui n'aurait pas manqué d'arriver si l'apparition de foyers nouveaux avait eu pour cause l'embolie invoquée par M. Virchow. Mais l'assertion de M. Brieger n'est pas exacte, car il existe des cas dans lesquels la généralisation tuberculeuse est survenue après plusieurs injections.

M. Neisser, comme les auteurs précédents, a vu des améliorations remarquables, mais aussi des généralisations, et pas de guérisons complètes.

M. Fürbringer a vu l'aggravation survenir chez 12 phthisiques; il a actuellement 3 cas de guérison et 7 morts, dont 3 seulement sont attribuables aux injections de lymphe.

M. Henoch n'a pas obtenu d'améliorations marquées ni durables chez les enfants; par contre, il signale des aggravations; sur 20 cas, il n'a pas même 1 cas d'amélioration; aussi va-t-il probablement suspendre ses expériences.

M. Virchow continue ses démonstrations d'anatomie pathologique, et à étudier les causes de la mort chez les tuberculeux à la suite des injections de lymphe. M. Neisser lui ayant reproché, à Virchow, de s'être appuyé sur des cas mortels où *la lymphe n'avait pas été employée dans un but thérapeutique*, s'est fait relever vertement par son adversaire, qui lui a demandé si les médecins qui avaient fait des injections dans ces cas avaient le droit de faire des expériences dans un autre but que la guérison des malades.

— Le traitement des tumeurs malignes inopérables vient d'entrer dans une voie nouvelle qui paraît devoir être utile.

M. Mosetig-Moorhof se fondant, en 1883, sur le mode de développement des tumeurs, résultat de la prolifération cellulaire dont le point de départ

---

peut-être par celui des yeux de la demoiselle. Ceci est un immense travers, commun en Amérique, et dont ils portent de temps en temps la peine. Vous avez beaucoup de talent, mais vous portez un nom inconnu; on ne fait pas attention à vous ; mais vous êtes l'élève, ou le fils, ou le neveu, ou même la nièce d'un homme renommé — vous êtes ou vous dites que vous êtes — et immédiatement on vous porte sur un pavois et on vous couvre de dollars.

C'est ainsi que la nièce de M. Charcot eut pendant quelques jours de fervents disciples et des admirateurs convaincus. Puis on apprit que M. Charcot n'avait pas de nièce, que la demoiselle en question était une fausse nièce et on a fini par l'expulser avec tous les égards dus à son sexe.

*
* *

L'Amérique d'ailleurs fourmille en ce moment de belles inventions du même genre ou d'autres. Voici la dernière ou l'avant-dernière, peu m'importe, très hygiénique, à ce qu'il paraît.

On sait que les citoyens de la libre Amérique sont toujours pressés. Ils n'ont le temps de saluer personne dans les rues. Pour mettre la politesse à la portée de tous, même des gens les plus affairés, un inventeur a imaginé le salut automatique; sur le côté du chapeau s'ouvre une petite porte par laquelle on voit apparaître la figure d'un gentleman qu'un mécanisme d'horlogerie fait s'incliner en saluant, le propriétaire du chapeau n'a plus dès lors à se préoccuper de lever son chapeau chaque fois qu'il rencontre dans la

est le noyau de la cellule, imagina d'entraver le processus qui se passe dans ce dernier, ou de détruire le noyau. Pour cela, il suffirait de colorer le noyau qui s'incorpore facilement les matières colorantes. Il essaya, dans ce but, le trichlorure d'aniline, et, plus récemment, la pyoktanine, substance d'une innocuité parfaite. On l'emploie en solutions à 1 pour 1,000, 500 ou 300 et même plus concentrées; on fait des injections parenchymateuses avec une seringue de Pravaz stérilisée, à doses de une seringue de solution chaque fois, et on recommence tous les deux ou trois jours sans que les malades s'en plaignent, car elles sont indolores.

M. Mosetig et M. Neudörfer ont signalé plusieurs cas d'atrophie plus ou moins complète de tumeurs malignes traitées de cette manière : tumeur énorme du plancher de la bouche; de l'articulation sterno-claviculaire; sarcome du petit bassin ayant nécessité la colotomie, etc. On peut employer la pyoktanine en pommade, en poudre, etc., pour le pansement des ulcères cancéreux.

— Dans sa dernière séance, l'Académie a élu M. le docteur Quinquaud membre de la section de chimie médicale. C'est la juste récompense de nombreux et intéressants travaux relatifs à cette partie de la science.

L.-H. P.

Du pouls lent et du pouls fréquent.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 novembre 1890,

Par P. Duroziez.

Nous préférons le terme « pouls lent » à celui de bradycardie. La chimie nous montre une route dont la pente est dangereuse; n'y allons pas.

Stokes a imposé à la dégénérescence du cœur un trépied :

1° Les signes et les symptômes de la faiblesse cardiaque;

2° Des symptômes surtout cérébraux indiquant, soit l'anémie artérielle, soit la congestion veineuse du cerveau;

---

rue quelqu'un de connaissance. Cela ne vaut pas encore la belle réclame qu'on fait autour d'une tisane; oui, d'une simple tisane.

Les journaux américains publient l'intéressante nouvelle qui suit :

« Mistress Nancy Coley est morte le 3 octobre à Easton, à l'âge de 110 ans. A sa naissance, en 1780, elle était si petite qu'on pouvait la mettre dans une coupe d'argent et en refermer le couvercle. Elle se maria toute jeune à un homme nommé Nichols et en eut treize enfants. Elle prisa toute sa vie et elle faisait encore elle-même son ménage il y a un an.

« A Plainfield (New-Jersey) demeure Mistress Clotilde Baker qui vient d'atteindre l'âge de 100 ans. Elle ne s'est jamais éloignée de plus de quelques lieues de la maison où elle est née. Elle a toujours bu du thé ou du café très fort à chaque repas. Son visage n'a pas une ride et elle n'a jamais été obligée de porter des lunettes. A la voir, on ne lui donnerait pas plus de 80 ans, quoique les registres de l'état civil portent qu'elle est née près de Springfield en 1790. Mistress Baker dirige personnellement le travail de sa ferme. L'été dernier, se trouvant un jour aux champs pour surveiller la récolte des foins, elle vit un des ouvriers qui ne fauchait pas comme elle l'entendait, elle lui prit l'outil des mains et lui montra la manière de s'en servir.

« Si ces braves femmes n'avaient pas eu plus de 100 ans, leurs cas auraient passé inaperçus en Amérique, car on y trouve beaucoup de vieillards entre 80 et 90 ans, vu que la durée moyenne de la vie a augmenté dans de grandes proportions, surtout depuis une cinquantaine d'années. »

3° Des symptômes respiratoires par impuissance du ventricule droit.

Dans un grand nombre de cas, la dégénérescence graisseuse du cœur serait une affection locale et aurait sa triade de symptômes d'autant plus complète que la lésion serait plus localisée. C'est la doctrine de Stokes.

Peut-on admettre cette localisation réduite au cœur? Dans la dégénérescence graisseuse, tout est atteint; le cœur agit sur le cerveau, le cerveau sur le cœur. Les syncopes ne sont pas dues à la seule insuffisance cardiaque; le cerveau a sa part.

Le pouls lent n'est plus qu'un signe accessoire qui étonne et force l'attention.

Dans les observations de Stokes nous voyons peu les débuts du pouls lent. Les malades ne renseignent pas.

Adam voit en consultation un malade suivi depuis sept ans par Duggan, qui ne sait pas quand a paru le pouls lent, 30. De même pour un homme de 50 ans, 35 pulsations; de même pour Edmond Butler, 68 ans, 28 à 30 pulsations.

Dans nos notes nous trouvons :

Gourdon, 36 ans, fondeur en cuivre. Pouls 32. Pas d'accidents cérébraux.

Lagoutte, 43 ans, homme de peine. Pas de rhumatisme articulaire. Pas de signes au cœur. Pas de battements supplémentaires au cœur. Pouls 40. Il a reçu à l'épigastre un coup suivi d'accidents abdominaux. Le malade ne peut nous dire quand le pouls s'est ralenti.

(Une femme de 67 ans qui a fait une chute il y a un an, et ne présente au cœur aucun signe grossier, a des palpitations depuis cette époque; nous lui trouvons le pouls à 132.)

Chez une femme qui a fait, jusqu'à son entrée à l'hôpital, son métier de domestique, le pouls est à 30. Elle a eu deux hémiplégies passagères. A la première hémiplégie on a constaté la lenteur du pouls; elle ne peut en dire plus.

Chez une femme de 53 ans, le pouls est à 36. Elle a eu 16 enfants. A 17 ans déjà elle accuse des palpitations qui ne l'ont jamais quittée. Pas d'accidents cérébraux.

J..., 54 ans, a eu 8 enfants de 18 à 24 ans, 3 pour la première couche. Elle a eu trois

---

Tout cela pour arriver à vanter une tisane dont je n'ai pas besoin de vous dire le nom et les propriétés longévipares. (Je crois que le mot est de moi.)

*
* *

Les beaux esprits se rencontrent (les laids aussi, mais c'est moins intéressant). J'avais copié, il y a quelque temps, pour l'insérer dans une de mes *Causeries*, un passage de *La Mer*, de Michelet. Je lis, dans le numéro du *Progrès médical* du 7 février dernier, que ce passage a frappé aussi M. Bourneville. Et, en effet, comme il le dit, ce passage (p. 425), écrit en 1866, a encore aujourd'hui un réel intérêt. Il s'agit de la création de l'hôpital maritime de Berck, et Michelet fait à ce sujet les réflexions suivantes :

« J'apprends avec plaisir que l'administration parisienne de l'Assistance publique crée en ce moment un établissement de ce genre. Qu'il me soit permis d'exprimer mes vœux :

« Le premier, c'est qu'on ne centralise pas les enfants dans un même lieu ; qu'on ne fasse pas un Versailles, une fondation fastueuse, mais plusieurs petits établissements dans des stations différentes, où les jeunes malades soient répartis selon la différence des maladies et des tempéraments.

« Mon second vœu, c'est que cette création, pour être durable, profite à l'Etat, loin de lui être onéreuse; que les enfants trouvés que l'on y placerait, les convalescents valides, les malades rétablis, soient employés, selon les lieux, aux travaux les moins

fractures spontanées de la jambe droite. On ne peut pas savoir quand le pouls s'est ralenti. Le pouls varie de 30 à 60; il y a, pour 30 pulsations, des battements intermédiaires faibles perceptibles au cœur. Elle a des convulsions et des syncopes plusieurs fois par jour sans paralysie. Les accidents datent de mars 1890; elle est asthmatique depuis quelques années et a toujours été émotive. Pignol, chef de clinique, trouve la dégénérescence graisseuse du ventricule droit et l'hypertrophie du ventricule gauche, l'aorte athéromateuse. La malade est morte le 6 novembre dans une crise épileptiforme; on n'y faisait plus attention dans la salle, tant elles étaient fréquentes.

Collin, 57 ans, carrier. A 55 ans il perd, en six mois, sa femme et deux fils. Il ne s'en relève pas. Nous le voyons le 19 octobre 1865. Le 16 octobre 1864, il a sa première syncope. Le pouls est à 14. Le malade ne sait pas si le pouls était lent avant l'attaque. Il ne se passe pas un jour qu'il n'ait des convulsions. Le pouls varie entre 14 et 31.

J..., 60 ans, a des palpitations depuis huit ans. Nous la voyons en août 1890. Le pouls est à 60, 56, 72. Nous la revoyons en novembre. Le pouls est à 36 avec quelques battements intermédiaires au cœur. C'est le seul cas où nous saisissions le début. La faiblesse générale est grande; la malade ne se lève pas.

Nous voyons l'analogue chez la femme Lévêque, 51 ans. Quelques palpitations; puis, un soir, perte subite de connaissance. Le pouls est à 60. Arrivera-t-il à 30?

Gros, 67 ans, tailleur de pierres, a reçu sur la tête une solive. Les vertiges, les syncopes datent de là. Pouls 30. On trouve à l'autopsie la dégénérescence graisseuse considérable. Le pouls lent et la dégénérescence ont débuté par un traumatisme cérébral.

On ne peut pas parler du pouls lent sans faire intervenir la digitale. Là on voit apparaître la lenteur qui varie avec les cas. On ne fait pas tomber à 30 tous les pouls. Un pouls qui est à 180 descendra à 56, non à 30. Il faut tenir compte du pouls habituel du malade et de l'état du cœur. Vous avez donné le délire, le pouls n'est pas ralenti.

Le sang n'est jamais immobile. On ne perçoit ni bruits ni mouvements au cœur; il se contracte et pousse le sang. Le pouls artériel n'est plus senti, au cœur nous entendons les claquements. Sous la digitale et en dehors d'elle, une pulsation faible double une forte et échappe.

Parfois nous constatons du souffle dans une artère que nous ne sentons pas battre. L'oreille est plus fine que le doigt.

---

fatigants des ports et de la navigation, aux métiers qui s'y rattachent, qu'ils prennent l'habitude et le goût de la vie maritime.

« Lorsque les populations, malheureusement trop nombreuses de pêcheurs et de matelots, tournent le dos à la mer et se font industriels, il faut suppléer à cette désertion. Il faut faire des hommes tout neufs qui n'aient pas entendu débattre, dans la cabane paternelle, les profits de la vie prudente, abritée de l'intérieur.

« Il faut que l'adoption de la France crée un peuple de marins qui, voué d'avance à son métier héroïque, le préfère à tout; qui, dès les premières années bercé par la mer, n'aime que cette grande nourrice et ne la distingue pas de la patrie elle-même. »

Depuis lors, l'hôpital de Berck a fonctionné régulièrement et rendu d'immenses services; néanmoins l'Assistance publique n'en a pas créé d'autres, malgré les réclamations du Conseil municipal et de toutes les personnes compétentes. L'Œuvre des hôpitaux marins, qui, sous l'impulsion énergique et intelligente de M. Pallu, ancien officier de marine, a déjà fondé les hôpitaux de Penbron et de Banyuls, a comblé en partie cette lacune; mais il reste encore beaucoup à faire. Comme le dit M. Bourneville, la création d'un ou plusieurs établissements analogues à celui de Berck « permettrait de débarrasser utilement les hôpitaux d'enfants d'un certain nombre de malades chroniques; de soigner et souvent de guérir un grand nombre de ces enfants dont l'affection s'aggrave et devient plus coûteuse, faute de soins donnés au moment opportun. Ce second hôpital, dont le Conseil municipal devrait hâter la construction, pourrait être édifié avec avantage sur l'une des plages du Calvados ou de la Manche, en choisissant les régions relativement

Les rétrécissements donnent plus que les insuffisances à la lenteur. Chez un garçon de 7 ans atteint de rétrécissement pulmonaire avec cyanose, le pouls est à 50 compté en auscultant le cœur.

Le pouls n'offre pas tous les jours et à tous les moments la même lenteur; la digitale n'a pas sur lui une autorité absolue; vingt causes l'accélèrent en passant; de loin en loin se montrent les chiffres bas; de là des discussions. La plus grande lenteur n'est pas toujours due à la plus forte dose; des chiffres moins bas sont obtenus par une dose trop prolongée; une période d'excitation succède à un grand ralentissement, nous avons dépassé la dose. Qu'on cesse l'emploi de la digitale, les chiffres bas reviennent. Cette action posthume s'étend loin, au delà de vingt jours. Un milligramme de digitaline Petit suffit pour vingt jours.

Calot a un rétrécissement mitral et meurt d'hémorrhagie cérébrale. Son pouls normal est 60. Par 0,20 d'extrait alcoolique de digitale (une dose), le pouls est à 44. On continue 0,20 et 0,30; le pouls vient à 32, 28, 26, puis remonte. On cesse l'extrait et le pouls baisse.

Jacques, 46 ans, rétrécissement mitral. Pouls 60; 0,20 de poudre de digitale. Pouls 48, 44, 40, 36. Seize jours après la cessation le pouls est à 38; vingt-quatre jours après la cessation le pouls est à 48, 52.

Boulland, 35 ans, rétrécissement mitral. Pouls 60 ; 0,003 digitaline. Pouls 45, 43.

(A suivre.)

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

A la quatrième assemblée générale annuelle de cette Association, pour laquelle nous n'avons jamais dissimulé nos sympathies, le président, M. le docteur Gallet-Lagoguey, a prononcé une allocution dont nous allons extraire quelques passages, pour montrer à quel point de son évolution est arrivée cette œuvre généreuse.

. . . .

L'expérience faite en commun pendant quatre ans a donné des résultats en conformité

---

les moins éloignées de Paris. Il conviendrait aussi de faire des constructions aussi simples que possible et d'examiner s'il n'y aurait pas d'intérêt à y envoyer les enfants du mois d'avril au mois de septembre seulement, au lieu de les y maintenir pendant l'hiver. Que le Conseil municipal et M. Peyron s'inspirent des idées si bien exprimées par Michelet et ils rendront un nouveau service aux enfants pauvres et malades de Paris ».

*
* *

Il y a cinq ou six ans, il fut question de créer, à Paris, un nouvel établissement qui aurait été dénommé : « Institut de médecine légale ».

Des faits regrettables avaient suggéré l'idée de cette création.

Les corps de plusieurs personnes, victimes d'accidents ou mortes subitement sur la voie publique, avaient été transportés à la Morgue faute de preuves immédiates pouvant servir à établir leur identité.

Il s'agissait de remédier à la répugnance, bien légitime, que l'on doit éprouver d'aller au lugubre établissement situé derrière Notre-Dame, reconnaître un ami ou quelquefois un parent.

Dans ces cas assez fréquents, où le parquet ordonnait l'autopsie d'un cadavre, il ne répugnait pas moins de voir transporter sur les dalles de l'amphithéâtre de la Morgue le corps d'une personne qui vous était chère.

L'idée de créer un établissement spécial, qui n'aurait été ni la Morgue, ni l'amphi-

absolue avec nos prévisions, et c'est avec une légitime fierté qu'il m'est permis de vous annoncer aujourd'hui l'entière prospérité de notre œuvre.

Les progrès de notre Association ont, encore cette année, suivi une marche régulièrement ascendante.

En 1890, le conseil a prononcé 41 admissions contre 32 inscrites l'année précédente. Nous n'avons aucune défection à signaler...

Grâce aux 41 adhésions que je vous signalais à l'instant, notre effectif total se trouve porté à 191 membres participants... Il serait banal de redire que le nombre seul assure la puissance de la mutualité, et chacun de vous a désormais compris qu'il est de son devoir strict de solliciter le concours de tous nos confrères. Pour rendre fructueux ces efforts de propagande, il vous suffira de citer les chiffres que nous allons vous exposer.

Depuis la fondation, nous avons payé pour indemnités de maladies :

En 1887, 0 fr. avec 67 membres.

En 1888, 3,290 fr. avec 121 membres.

En 1889, 3,550 fr. avec 151 membres.

Et enfin, en 1890, 7,920 fr. avec 191 membres.

Ce qui donne, pour les quatre années, le respectable total de 14,760.

Vous voyez donc, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, que la marche de notre Association est bien régulièrement ascendante.

En effet, pour apprécier la fortune réelle d'une œuvre de mutualité, on doit se baser bien plus sur les sommes dépensées pour indemniser les malades que sur les capitaux accumulés. Sous ce rapport, notre jeune Association n'a rien à envier à ses congénères...

Les 7,920 francs d'indemnités payés en 1890 ont été répartis entre 18 malades, parmi lesquels, et pour ne citer que les plus importants, des confrères ont touché consécutivement, l'un 2,850 francs, deux autres ont reçu chacun des indemnités de 900 francs; puis viennent des indemnités moindres de 650, 550 francs, etc.

Trois de nos associés — et parmi eux se trouve celui dont l'indemnité s'est élevée à 2,850 francs cette année — sont encore malades et assurés de recevoir 300 francs chaque mois aussi longtemps que se prolongera leur incapacité professionnelle.

J'insiste sur ces résultats, Messieurs, parce qu'ils vous donnent la mesure du bien que vous avez déjà réalisé.

Voyons ce que, dès maintenant, notre capital nous permet de prévoir à coup sûr.

Notre réserve dépasse 43,000 francs. Elle reste constamment disponible et nous assure la faculté de payer plus de 4,300 journées de maladie.

---

théâtre de l'Ecole de médecine, ni la salle d'un hôpital, fut unanimement approuvée. L'emplacement de l'établissement projeté avait été choisi. C'était un terrain situé au coin de la rue Chanoinesse et de la rue du Cloître-Notre-Dame. Quoique à proximité de la Morgue (à distance d'environ deux cents mètres), cet établissement en aurait été absolument distinct.

Son nom : « Institut de médecine légale » ou « Institut médico-légal », aurait fait oublier le caractère lugubre de sa destination. Il y aurait eu, d'ailleurs, une véritable école pratique pour les médecins et les étudiants en médecine.

Le Conseil général du département de la Seine et le Conseil municipal avaient promis chacun un million de francs pour faciliter la réalisation du projet dont nous parlons.

Comme tant d'autres, ce projet fut abandonné, le devis de la construction à élever ayant atteint trois millions de francs.

Aujourd'hui, il est question de reprendre ce projet, l'emplacement primitivement choisi étant encore libre et le terrain appartenant, croyons-nous, à l'Etat ou à la ville de Paris.

*
* *

Il y a une quinzaine d'années, j'ai vu à la Pitié une bonne vieille femme de 74 ans, qui de sa vie n'avait pris de bain. Il faut vous dire qu'elle venait de loin et qu'elle habitait la campagne. Cependant, comme j'avais l'air de m'en étonner un peu et de sourire :

Ajoutons que nous allons être 200 à la prochaine réunion du conseil, c'est-à-dire dans huit jours. C'est donc, en supposant, ce qui serait vous faire injure, que ce nombre ne soit pas dépassé, une recette de 24,000 francs, assurée pour 1891, c'est-à-dire 2,400 journées de maladie à ajouter aux 4,300 que notre capital couvre déjà.

N'avons-nous pas là une garantie sérieuse, et ne sommes-nous pas en droit de vous affirmer qu'elle nous permet d'envisager les événements avec confiance? Qui donc pourrait imaginer une série de catastrophes capable d'absorber rapidement une telle réserve? catastrophes qui se traduiraient par plus de 30 journées de maladie dans l'année pour chacun de nous. N'oubliez pas, Messieurs, que cette moyenne, nous ne l'atteindrons pas quand nous aurons chacun 70 ans (seule prévision douteuse que nous nous permettrons d'émettre).

Certes, pareil danger ne nous menace pas, et des années s'écouleront encore avant que nos charges nous obligent à recourir à ces fonds ou même à leurs revenus...

La situation financière de l'œuvre et ses progrès continus sont bien représentés par les chiffres suivants, que nous trouvons dans le rapport du trésorier :

Avoir de l'Association au 1er janvier 1890.

A la Caisse des dépôts et consignations	28.500	»»
A la disposition du trésorier	629	95
Intérêts acquis pour l'année 1889	975	»»
	30.104	95

Avoir de l'Association au 31 décembre 1890.

Caisse des dépôts et consignations	40.900	»»
Intérêts échus pour l'année 1890	1.520	»»
Espèces entre les mains du trésorier	402	20
Fonds disponibles à la Société générale	397	05
	43.219	25

« Héla, mon bon monsieur, dit-elle, ousque j'prendrions d'liau? Y en n'a seulement point pour boère! »

Tout autre est l'ami de M. Marcel Baudoin, à qui est arrivée l'aventure suivante :

Cet ami, habitant une grande ville de province, S.-M.-L. — nous ne pouvons l'appeler par son nom — a l'habitude d'aller souvent aux bains. Cela n'a rien d'étonnant : je ne connais, ne veux connaître que des gens propres. (Ça, c'est très bien, pour un chirurgien.)

Ces jours derniers, — la neige fondait encore — il se rend comme d'ordinaire à l'établissement de bains le plus achalandé de la ville, dont il est, je le répète, un des meilleurs clients. A son arrivée, le patron lui tient à peu près ce langage : « Monsieur, je vous en prie, pas de bain aujourd'hui! Vous en prenez si souvent que, pour cette fois, vous pouvez bien attendre à demain. »

Ahurissement de l'habitué! Sur ce : « Je vais vous expliquer, ajoute le patron, constatant l'étonnement de notre ami. Il y a grand bal de bienfaisance ce soir à la préfecture et le *Tout-S.-M.-L.* est ici. Vingt dames et demoiselles attendent au salon et mes cabines sont pleines! Eh! il a fait si froid cet hiver! Repassez, c'est un service que je vous demande. »

Absolument authentique. Il n'y a pas que dans les lycées où les baignades soient rares en province!

L'article est justement intitulé : « De l'influence des bals de bienfaisance sur l'hygiène en province ».

SIMPLISSIME.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

Séance du 6 février. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Gilbert communique, en son nom et au nom de M. Girode, les résultats des recherches qu'ils ont entreprises sur les manifestations cliniques et sur la bactériologie du choléra nostras. Ils en ont observé quatre cas l'année dernière à l'hôpital Beaujon.

Dans le premier cas, le malade mourut dès son entrée à l'hôpital, au troisième jour de la maladie. A l'autopsie existaient des lésions caractéristiques, la teinte hortensia de l'intestin, la psorentérie, etc. Le deuxième cas fut très léger et la guérison rapide. Le troisième fut plus grave; le malade finit cependant par guérir. Quant au quatrième, le plus intéressant, le malade finit par mourir après vingt-deux jours de maladie.

La courbe thermique de ce dernier malade montre nettement les diverses phases de l'affection. Dans une première période de dix jours, algidité (température rectale, 35 à 36°) coïncidant avec vomissements, selles aqueuses, puis riziformes, cyanose, aphonie, crampes, oligurie, albuminurie, affaiblissement du pouls, etc.

Puis une phase de réaction dans laquelle la température s'élève au-dessus de 39°, et avec laquelle commence à se montrer une éruption polymorphe maculo-papulo-purpurique. Enfin, une troisième période dans laquelle la température, après s'être abaissée à la normale, s'est de nouveau relevée aux environs de 39°, tandis que l'état général s'est considérablement aggravé, que l'exanthème a atteint une grande extension et une intensité extrême, et que se sont montrées des complications pulmonaires, pleurales et péricardiques.

Il faut remarquer la longue durée de ce cas de choléra nostras; déjà, en 1887, MM. Gilbert et Lyon avaient publié deux cas analogues sous le titre de « choléra nostras prolongé ». A remarquer aussi les manifestations cutanées multiples qui se rapprochent, mais en les dépassant beaucoup en intensité, des manifestations cutanées signalées dans le choléra asiatique.

De ces quatre cas de choléra nostras, trois ont été le point de départ de recherches bactériologiques. Dans le premier et le troisième, les selles ont fourni des cultures presque pures du bacille d'Escherich (bacillus coli communis). Dans le quatrième, les selles ont également donné des cultures du bacille d'Escherich, mais en même temps quelques colonies d'un coccus très analogue au staphylocoque blanc.

En outre, des ensemencements furent faits avec du liquide provenant du poumon droit hépatisé, du foie, de la rate; de même avec du liquide que renfermait la plèvre gauche et avec du liquide céphalo-rachidien qui était louche.

Tous ces ensemencements donnèrent des cultures du bacille d'Escherich. Les colonies, fournies par le liquide céphalo-rachidien et par le liquide pleural, étaient pures et innombrables; celles fournies par le sang de la rate et du foie étaient plus rares. Celles, enfin, fournies par le suc pulmonaire n'étaient pas pures et présentaient, en outre, le pneumocoque de Talamon et le staphylococcus aureus.

On peut donc dire que le choléra nostras n'est pas toujours l'expression d'une simple maladie locale, d'une lésion de l'intestin, mais que les germes qui le produisent peuvent franchir la barrière intestinale, envahir l'organisme et réaliser un nouveau type morbide, le choléra nostras infectant.

Le bacille d'Escherich n'est peut-être pas le seul microbe cholérique de nos climats. On a incriminé aussi le bacillus subtilis (Hueppe), un bacille courbe analogue au bacille virgule de Koch (Finkler et Prior). MM. Gilbert et Lyon ont eux-mêmes, dans un cas, obtenu des cultures presque pures d'un bacille liquéfiant. Mais les faits précédents démontrent que le bacille d'Escherich n'est pas inoffensif, et que les phénomènes cholériques lui sont assez souvent imputables. Ce microbe, indifférent d'habitude, est donc

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

capable d'acquérir, dans l'organisme même, des propriétés biologiques spéciales et des qualités pathogènes. On peut aussi admettre cette autre hypothèse : très répandu dans la nature, et particulièrement dans l'eau, ce microbe peut y acquérir ces propriétés et ces qualités, et produire le choléra nostras après son ingestion.

Un des malades, cités plus haut, avait absorbé, quelques jours avant l'apparition de la maladie, plusieurs litres d'eau de Seine. Chez le cobaye, en tout cas, la simple ingestion des cultures du bacille d'Escherich est souvent suivie de la production d'un choléra nostras typique, ainsi que MM. Gilbert et Girode l'ont expérimenté.

M. Hayem fait remarquer tout l'intérêt de la communication de M. Gilbert. Je pense que l'algidité du choléra nostras, de même que celle du choléra asiatique, est due à des toxines et non point seulement à la grande déperdition considérable de liquide, soit par les garde-robes, soit par les vomissements. Il cite un fait qu'il a soigneusement observé et qui vient à l'appui de cette théorie.

Au point de vue thérapeutique, l'acide lactique a toujours donné d'excellents résultats. Il serait intéressant de savoir si l'acide lactique à faible dose peut arrêter les cultures du bacille d'Escherich.

M. Chantemesse : Les lésions anatomiques et les signes du choléra nostras sont absolument différents de ceux de la fièvre typhoïde. Les recherches de MM. Gilbert et Girode permettent donc de rejeter l'opinion de Rodet et Gabriel Roux sur l'identité du bacterium coli commune et du bacille typhique.

M. Vaillard : Dans un certain nombre de cas de volvulus et d'étranglement herniaire accompagnés de symptômes cholériformes, on a trouvé le bacillus coli communis, qui, par conséquent, joue un certain rôle en pathogénie chirurgicale; il peut être pyogène.

M. Gilbert a fait récemment, en effet, à la Société de biologie, une communication sur le rôle de ce microbe dans la production de la cholécystite et de l'angiocholite suppurées.

M. Netter pense, avec MM. Gilbert et Girode, que le bacillus coli communis peut produire le choléra nostras. De véritables épidémies frappent quelquefois les lapins des laboratoires; les selles de ces animaux renferment alors presque exclusivement le bacille d'Escherich. On peut, en outre, retrouver ce microbe dans la phase agonique.

En 1884, lors de l'épidémie cholérique de Naples, Emmerich trouva dans le sang et dans les viscères de nombreux malades près de mourir ou à l'autopsie, un bacille court qu'il considéra comme l'agent pathogène du choléra asiatique. Mais les recherches de Flügge et de Weisser démontrèrent que le « bacille napolitain » d'Emmerich n'est point le microbe du choléra; c'est, en effet, un agent parasitaire se trouvant normalement dans l'intestin, dont la pénétration était postérieure à la période d'état de l'affection, et dont les caractères morphologiques, biologiques et pathogéniques sont ceux du bacterium coli commune.

M. Gilbert n'a pas parlé du bacille décrit par Emmerich, parce qu'il y a encore une certaine confusion sur ce sujet, et que l'identité du bacille d'Emmerich et du bacille d'Escherich est bien loin d'être admise par tous les auteurs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 janvier 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues habituels ; — une brochure intitulée : *Néphrite aiguë du rein droit et prostatite aiguë suppurée, provoquées par des séances de cathétérisme métallique non aseptique.*

— M. Chervin, retenu au lit par une forte grippe, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et demande à être inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance.

— La Société se forme en comité secret pour entendre une communication privée.

A la reprise de la séance, M. Wickham lit un rapport sur la candidature au titulariat de M. le docteur Jullien. Les conclusions, favorables, sont adoptées; le vote est renvoyé à la prochaine séance.

M. Duroziez : Ricord avait l'habitude de cautériser les chancres, mais n'étaient-ce pas les chancres mous?

M. Wickham : Non, Ricord avait précisément la prétention d'enrayer l'infection.

M. Dubuc : Les faits rapportés par M. Jullien ne sont pas absolument probants; cependant, je ne crois pas qu'il faille décourager la tendance à enlever, dès le début, le chancre, lorsque le siège s'y prête. On peut faire bénéficier le malade du doute. Le virus syphilitique passe-t-il directement dans le sang? Ne pénètre-t-il pas d'abord dans le système lymphatique? Dans ce dernier cas, l'infection serait plus lente et on pourrait espérer l'enrayer. J'ai vu moi-même un chancre évoluer lentement pendant trois semaines, avec adénite du côté opposé; j'ai donné le traitement spécifique, et il n'y a eu aucun accident secondaire. C'est d'ailleurs une question de savoir si le traitement spécifique donné dès le début empêche sûrement les accidents secondaires; en tous cas, il ne les empêche pas toujours.

M. Wickham : Cette question est encore controversée. Dans les deux cas que j'ai empruntés à M. Horteloup, il n'y a pas eu de traitement, parce que M. Horteloup, par principe, ne donne jamais le mercure avant que les accidents secondaires soient apparus.

M. Gillebert-Dhercourt : Dans cette question, il y a plus que des faits en présence, il s'agit de deux théories : l'ancienne, celle que m'ont enseignée mes maîtres de l'Ecole de Lyon et qu'admet M. le professeur Fournier pour qui le chancre est la manifestation initiale d'une affection acquise; et la nouvelle, celle qu'établit M. le docteur Jullien et pour laquelle M. Dubuc montre un certain goût en cherchant son explication dans une imprégnation successive des lymphatiques d'abord, des vaisseaux sanguins ensuite. C'est là une hypothèse qui ne milite pas en faveur de l'excision. A quoi sert cette opération, en effet, si déjà des vaisseaux lymphatiques ou autres ont été traversés par le virus.

Autrefois on se croisait les bras en attendant l'apparition des premiers accidents secondaires. Eh bien, j'avoue que, jusqu'à plus ample informé, je suivrai ce vieil errement. Agir autrement, c'est s'exposer à instituer un traitement mercuriel inutile, — en cas d'erreur touchant la classification du chancre, — c'est aussi, permettez-moi cette expression, brouiller les cartes tant et si bien que de longues années après, devant un état cérébral, par exemple, un médecin consulté hésitera à instituer un traitement spécifique faute de renseignements, indécision d'autant plus grave que souvent, en pareil cas, la vie du malade est en jeu.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

COURRIER

Parmi les lauréats du concours de 1890 de l'Académie des sciences, nous relevons le nom de M. le docteur Maze, du Havre, dont le mémoire, portant comme épigraphe « L'égalité devant la mort », a obtenu la troisième récompense pour le prix de médecine et de chirurgie.

Le programme portait : *Signes diagnostiques de la mort et moyens de prévenir les inhumations précipitées.*

MM. Bouchard, Charcot, Marey, Verneuil étaient commissaires.

M. Brown-Séquard, rapporteur.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix de thèse.* — Médailles d'argent : MM. Rieffel, Vaquez, Tissier, Lyon, Parmentier, Cherbuliez, Parizot, Baudouin Marcel, Thierry, Perchaut, Legry.

Médailles de bronze : MM. Nicolle, Huguenin, Caussade Regnier, Gasser, Janet, Valentin, Dussert, Mordret, Lyot, Delagénière, Renaud, Kœnig, Decressac, Cart, Charmoy, Bruhl, Lancry.

Mentions honorables : MM. Kaurain, Vignalou, Willemain, Meilach, Lion Gaston, Bonnier, Springer, Oiry, Champeille, Vimont Maurice, Baudry, Fèvre, Allard, Debayle, Brossard, Mlle Dylion Bertha, MM. Buisson, Hervé, Monnin, Duchain, Clarot, Le Marc-Hadour, Ballenghien, Clerval, Roux, Sans, Pinçonnat, Conte, Vacher, Wickham, Chaker, Desroches, Hudelot, de Souza-Leite.

Prix Barbier : M. Janet a obtenu 300 francs à titre d'encouragement pour un appareil de chirurgie; — M. Lœwenberg a obtenu 300 francs à titre d'encouragement pour un appareil à mesurer la tension du tympan. Le prix n'a pas été décerné.

Comité consultatif d'hygiène de France. — Le comité s'est réuni lundi 2 février, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le docteur Brouardel.

M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, fait connaître au comité qu'il n'a été signalé à l'administration aucun cas d'épidémie à l'intérieur, ce qui ne veut pas dire, ajoute M. Monod, qu'il n'y en a pas eu.

M. le docteur Proust rend ensuite compte de la situation sanitaire à l'extérieur. Le choléra a beaucoup diminué en Syrie et paraît toucher à sa fin. Il n'y a pas eu de nouveaux cas signalés pendant les semaines qui viennent de s'écouler dans les vilayets d'Alep, d'Adana et de Damas. On a enregistré 2 décès cholériques dans celui de Diarbékir et 5 dans celui de Beyrouth.

Le total de la mortalité officielle s'élevait, à la date du 25 janvier, au chiffre de 4,170 décès dont 2,361 pour le vilayet d'Alep, 1,189 pour celui de Damas, 421 pour celui de Beyrouth, 97 pour celui d'Adana, 85 pour celui de Memouret-ül-Aziz, et 15 pour celui de Diarbékir.

Il ne semble pas que la légère reprise du choléra à Tripoli ait de graves conséquences, à moins que les chaleurs précoces de la localité n'y viennent rallumer l'épidémie.

Il s'est produit un incident à Beyrouth où se trouvait en quarantaine le consul général d'une grande puissance, de retour d'Alexandrette. Il paraît que la femme et les parents du consul, en allant au lazaret demander de ses nouvelles, ont eu l'occasion d'échanger quelques poignées de main avec des personnes qui étaient également au lazaret. Cette imprudence fut signalée au vali par la police. Il est vrai que les dames visiteuses étaient gantées, ce qui aurait pu atténuer la gravité du délit.

Mais on ne tint pas compte de ce détail. Le vali réunit un conseil de quinze médecins qui fit entrer les dames délinquantes au lazaret, où elles durent rester huit jours pleins.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs Boissard et Lepage commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 16 février à l'Association générale des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours à cinq heures; il sera complet en trente leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

Pour s'inscrire, s'adresser au docteur Boissard, 67, rue Saint-Lazare ou au docteur Lepage, 10, rue Godot-de-Mauroi.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement des kystes hydatiques du foie (1).

IV

Le traitement véritablement chirurgical des kystes hydatiques comprend un grand nombre de méthodes. Un certain nombre d'entre elles sont à peu près complètement abandonnées aujourd'hui depuis que les progrès de l'antisepsie permettent de recourir, avec les plus grandes chances de succès, à l'ouverture de l'abdomen. Aussi n'exposerons-nous en détail que deux procédés : celui du professeur Verneuil peut-être moins parfait, mais à la portée de tous, et celui de Lindemann-Landau, qui consiste à faire la laparotomie d'emblée pour arriver directement sur le kyste.

Le procédé du professeur Verneuil offre, d'après lui (*Gazette méd. de Paris*, 1890, 46), les avantages suivants : 1° Il crée des adhérences ; 2° il permet l'évacuation des hydatides ; 3° il favorise le détachement de la poche et l'issue de cette poche, et permet, par conséquent, la cicatrisation.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses étant prises, le professeur Verneuil ponctionne avec un gros trocart métallique au niveau du point saillant du kyste, retire le mandrin et, par le tube métallique laissé en place, introduit fortement une grosse sonde de caoutchouc rouge de même calibre, coupée ou non à son extrémité. Quelquefois, il choisit une sonde un peu plus volumineuse que le trocart et, pour pouvoir l'introduire à travers le tube métallique, il la distend par un long mandrin de sonde à urèthre que l'on retire après que le tube creux du trocart a été lui-même supprimé. La sonde reprend alors son volume et s'applique exactement en se moulant sur le pourtour de l'orifice cutané et hépatique formé par le trocart.

Le pavillon de la sonde peut être obturé à l'aide d'un fosset ou d'une pince à forcipressure; il est préférable de le garnir d'une baudruche et de le faire plonger dans un flacon renfermant une solution phéniquée. L'accès de l'air dans la poche est impossible, et il suffit de fixer la sonde sur la paroi abdominale au moyen de quelques fils de coton entrecroisés en X et d'un peu de collodion. L'antisepsie de l'orifice cutané est assurée par de la gaze iodoformée.

Les adhérences se forment autour de la sonde mise en place. Par cette dernière, on pratique des injections intra-kystiques de liquides divers, alcool, iode, solution chlorurée; on peut aussi laver deux fois par jour avec de l'eau phéniquée à 1/100.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 12 février 1891.

Les adhérences sont formées au bout de quatre à cinq jours; on retire la sonde et il s'écoule alors ordinairement, spontanément, quelquefois à l'aide de quelques tractions fortes avec une pince à forcipressure, un flot d'hydatides flasques ou vivantes. L'orifice, relativement étroit, peut cependant évacuer des hydatides très volumineuses.

On remet la sonde en place, on refait de nouvelles injections, puis on évacue encore, et ainsi de suite, jusqu'à guérison. La poche revient sur elle-même, des lambeaux de paroi et quelquefois la poche tout entière s'engagent dans l'orifice. La guérison parfaite survient dans le délai d'un mois à six semaines.

Le professeur Verneuil a lui-même remarqué que, dans certains cas, l'élimination de la poche se faisait d'une manière tardive. Pour être sûr de la facilité de l'évacuation, on peut pratiquer deux ponctions avec le gros trocart, à trois travers de doigt l'une de l'autre, puis, après quelques jours, comme on est certain que des adhérences se sont formées, on incise le pont de tissu compris entre les deux ouvertures. On maintient la sonde en place de manière à faire des injections.

Quand il n'y a qu'un seul trocart, si le kyste est multiloculaire, on peut avoir de grandes difficultés à évacuer le contenu de la poche; l'incision secondaire remédie alors à cet inconvénient. Malheureusement, ces diverses opérations sont un peu longues; d'autre part, les adhérences peuvent se rompre. Aussi, lorsque l'on se trouve dans des conditions favorables, si l'on a une habitude suffisante des grandes interventions chirurgicales, doit-on faire la laparotomie ou inciser dans la plupart des cas. C'est là le véritable *traitement moderne* du kyste hydatique (Richelot).

L'incision en un temps a été préconisée par Lindemann, Kirchner, Landau, Lawson-Tait, etc., et compte actuellement un grand nombre de partisans.

Nous allons décrire l'opération, d'après le travail de Potherat, en la supposant appliquée à un kyste antérieur. Le manuel opératoire est celui de la laparotomie antérieure avec tous les soins antiseptiques minutieux sur lesquels nous ne pouvons nous étendre ici, mais qui sont d'une extrême importance. La première incision va jusqu'au péritoine exclusivement; avant d'ouvrir la séreuse, on fait l'hémostase et on lave antiseptiquement. Puis le péritoine pariétal est pincé, incisé, et par l'orifice on introduit l'une des branches d'une paire de ciseaux avec lesquels on sectionne le feuillet séreux dans toute l'étendue de la plaie. Les lèvres de la membrane sont écartées à l'aide de pinces hémostatiques, et l'on voit alors la tumeur.

Pendant qu'un aide protège le champ opératoire avec des éponges, un trocart aspirateur est introduit dans la poche, qu'il vide complètement ou non, selon qu'elle est ou non uniloculaire. Une pince à kyste ovarique appliquée sur l'orifice du trocart, que l'on retire, sert à attirer la tumeur au dehors; il faut avoir soin de n'exercer les tractions qu'avec une grande précaution, car la paroi peut être extrêmement friable.

La poche est alors maintenue hors de l'incision avec des pinces, la cavité abdominale étant bien protégée. On ouvre largement la tumeur, on évacue son contenu, puis on lave abondamment et soigneusement avec une solution antiseptique bi-iodurée, phéniquée ou sublimée. Ceci fait, les lèvres de l'incision kystique sont suturées à la paroi soit avec de la soie, soit avec du catgut ou du crin de Florence, ou avec du fil d'argent. On place ainsi un assez grand nombre de points de suture que l'on noue ensuite pour former une suture en collerette ou en bourse de cuir. Il est bon de placer aux deux

extrémités de la plaie abdominale un ou deux points de suture pariéto-pariétale fermant complètement la cavité à ce niveau. On lave alors très soigneusement l'intérieur de la poche et on l'éponge.

On draine avec deux gros tubes qui vont jusqu'au fond de la cavité, puis cette dernière est remplie avec des lanières de gaze iodoformée; cette même gaze est également appliquée sur la plaie abdominale, puis on panse avec de l'ouate hydrophile, de l'ouate ordinaire et, enfin, un bandage de corps suffisamment serré. Le malade est maintenu immobile au lit pendant quelques jours, et il est utile de donner un peu d'opium afin d'obtenir le repos des anses intestinales.

A moins d'accidents septiques, les suites sont simples et le pansement peut être laissé en place pendant cinq à sept jours. Dans le cas de fièvre, on l'enlèverait plus tôt. La poche est lavée et le pansement replacé. Il ne faut pas s'inquiéter d'une odeur fécaloïde que présente parfois le contenu du kyste au premier pansement. Lorsque la poche n'était pas suppurée, la guérison se fait sans suppuration si l'antisepsie est parfaite. Dans le cas contraire, il se forme du pus, mais si l'écoulement de ce dernier est assuré, il ne survient pas de complications. Quelquefois la cicatrisation se fait rapidement, mais il est assez fréquent de voir persister pendant longtemps une ouverture fistuleuse qui finit par se fermer sous l'influence de soins appropriés.

L'écoulement permanent de bile s'observe dans certains cas; c'est une complication redoutable lorsqu'il se prolonge longtemps, car il affaiblit beaucoup le malade. Dans le cas de Landouzy et Segond, l'écoulement dura six semaines, puis diminua et ne cessa qu'en janvier, l'opération ayant été pratiquée en août. La chölérrhagie (Thierry) entraîne alors toutes les conséquences bien connues des fistules biliaires et peut aboutir au marasme et à la mort. Enfin la laparotomie peut encore entraîner la septicémie et le shock, qui, du reste, sont fort rares.

L'opération que nous venons de décrire doit être modifiée suivant la situation de la tumeur, et, à ce sujet, il y a lieu de distinguer les kystes antéro-inférieurs, postéro-inférieurs, antéro-supérieurs et postéro-supérieurs.

Les kystes antéro-inférieurs doivent être traités par la laparotomie antérieure verticale que l'on pratiquera, soit sur la ligne médiane, soit latéralement selon la position du kyste. Une fois qu'on est sur le kyste, s'il est pédiculé et sans adhérences, on peut l'enlever en sectionnant le pédicule que l'on suturera à la paroi. S'il y a des adhérences, tantôt on peut tenter l'ablation (Lucas-Championnière), tantôt se borner au traitement ordinaire. Ce traitement est aussi applicable dans le kyste non pédiculé à adhérences. Dans le cas contraire, une grande partie de la tumeur peut être attirée à l'extérieur, et, par conséquent, réséquée. La résection ne hâte pas la guérison (Reclus, Poulet), mais elle permet de rapprocher le fond de la poche de l'ouverture cutanée; d'autre part, la friabilité des parois empêche souvent une résection étendue, car il ne faut pas que les sutures exercent de tiraillements qui pourraient déchirer les tissus. La friabilité des parois peut être telle que le kyste se déchire pendant l'opération et que son contenu se répand dans l'abdomen; il faut alors ouvrir largement la séreuse et la laver littéralement avec des torrents d'eau bouillie (Potherat).

Les kystes antéro-supérieurs seront abordés par la paroi antérieure de l'abdomen, soit sur la ligne médiane, soit latéralement selon le point

où se trouve la tumeur. L'incision latérale, parallèle au rebord costal, doit être à deux ou trois travers de doigt de ce bord enfin d'éviter que l'ouverture ne disparaisse sous le rebord quand le kyste est vidé de son contenu. Le kyste antéro-supérieur peut être partiellement ou totalement inclus dans l'intérieur du foie. Dans le premier cas, le traitement n'a rien de spécial. Dans le second, il faut traverser du tissu hépatique pour atteindre la tumeur; l'incision peut être faite au bistouri sans grand danger d'hémorrhagie, le trocart servant de guide pour arriver à la tumeur. Il est utile de fixer le foie qui se déplace sous l'influence des mouvements respiratoires. Pour cela on passe un fil à travers la capsule de Glisson, ou bien on unit, par des points de suture, la capsule de Glisson au pourtour de la plaie abdominale. L'opération est ensuite terminée comme d'habitude et on fixe les bords de l'ouverture de la poche avec le tissu hépatique à la paroi abdominale. Quand le kyste, partiellement inclus, proémine vers la face inférieure, il y a un arrière-fond très déclive. Lawson-Tait et Segond ont fait alors l'hépatectomie en réséquant à la fois le fond de la poche et le tissu hépatique placé au devant. Ils ont obtenu un excellent résultat.

L'énucléation a été faite une fois par Pozzi, mais il n'y a pas lieu de la recommander.

Les kystes postéro-supérieurs ont un caractère tout spécial, ils sont intra-thoraciques. On a pu les attaquer, même par la paroi antérieure; mais, dans la grande majorité des cas, il vaut mieux choisir la voie postérieure et traverser la plaie et le diaphragme.

Le manuel opératoire est le suivant (Th. de Bergada): Le malade, chloroformé, est couché sur le côté sain, la région désinfectée et la côte à réséquer bien reconnue; en général, c'est la neuvième ou la dixième. Parallèlement à cette côte, et sur elle, on tire une incision longue de 10 à 12 centimètres dont l'extrémité antérieure ou le milieu correspondra à la ligne axillaire. La côte, mise à nu sur toute la longueur de l'incision, est séparée à l'origine de son périoste et réséquée le plus loin possible, afin d'éviter la saillie des extrémités costales. Le périoste sous-costal est alors incisé et on ouvre la plèvre pendant qu'un aide comprime assez fortement la paroi thoracique. Le diaphragme se présente alors et est facile à reconnaître à la direction de ses fibres; il est saisi avec une pince à griffes et incisé; à mesure qu'on incise le muscle, les bords de l'orifice sont saisis avec une série de pinces hémostatiques et attirés vers l'ouverture cutanée. Comme le diaphragme se laisse assez facilement éverser au dehors, une fois cette éversion pratiquée, la plèvre est à l'abri de toute invasion par l'air ou les liquides. La face supérieure du foie est ainsi mise à découvert, et, sous l'influence de la pression abdominale, il tend à s'appliquer contre l'ouverture thoracique. S'il y a des adhérences entre la convexité du foie et le diaphragme, l'opération est facile et l'on n'a pas à redouter l'issue de liquide dans la cavité péritonéale. Dans le cas contraire, on pourra glisser de petites éponges montées sur des pinces entre le diaphragme et le foie; de plus, un aide appuiera, avec la main, sur la paroi thoracique. Cela fait, le kyste est ponctionné; puis, dès que sa paroi se plisse suffisamment, il est attiré au dehors avec des pinces pour être ouvert et évacué. L'ouverture antérieure du kyste dans les voies respiratoires ne contre-indique pas l'opération (Segond).

Les kystes postéro-supérieurs sont très rares et d'un diagnostic très difficile. On peut les traiter par la laparotomie antérieure, ou, mieux,

choisir la voie lombaire en passant à travers le carré des lombes, en dehors de la masse sacro-lombaire.

Nous connaissons maintenant les diverses opérations que l'on peut diriger contre les kytes; comment se décider dans un cas donné?

« Si j'avais un kyste hydatique du foie, a dit Debove familièrement, je ne me déciderais à me faire ouvrir le ventre qu'après avoir essayé des autres modes de traitement et en désespoir de cause, par conséquent, je dois, en conscience, agir de la même façon à l'égard des malades que j'ai à soigner (Juhel-Rénoy). »

Bouveret (Th. de Minjard) conseille la ponction aspiratrice dans les kystes simples; nous avons déjà dit que cette ponction doit être rejetée. Voici le résumé de sa pratique. En cas de kyste intra-hépatique suppuré, attendre, à moins d'indications spéciales, que le kyste soit plus superficiel, plus accessible, et ponctionner avec le gros trocart. Pour les kystes proéminents du côté de la cavité thoracique, incision antiseptique et résection costale. Dans le cas où le kyste peut être atteint par la paroi abdominale antérieure et se développe de ce côté, opérer en trois temps : 1° ponction aspiratrice; 2° ponction avec le gros trocart et canules à demeure; 3° incision antiseptique de la paroi abdominale et de la paroi kystique. Le premier temps peut suffire à la guérison des kystes avec génération secondaire et des kystes suppurés; le deuxième temps peut suffire à la guérison des kystes avec génération secondaire et des kystes suppurés; le troisième peut être rendu nécessaire par le volume des hydatides filles, ou l'épaisseur et les grandes dimensions de l'hydatide mère.

Bouveret considère la laparotomie comme une méthode d'exception.

Heidenreich a conseillé d'opérer en deux temps. La première incision comprend les différents plans de la paroi abdominale, y compris le péritoine. On incise le kyste, dans le second temps, quand les adhérences solides se sont formées. Ce qui, pour Heidenreich, fait le danger de l'incision en un temps, c'est que, le tissu du foie et celui du kyste étant friables, les sutures peuvent se rompre. Les kystes postéro-supérieurs peuvent être traités par cette méthode. Après ouverture de la cavité pleurale et résection d'une côte, on tamponne avec de la gaze iodoformée et, huit jours plus tard, on incise le kyste.

Pour nous, la laparotomie, qui permet de voir ce que l'on fait (Richelot), constitue la méthode de choix. Malheureusement elle ne peut être faite par tous les praticiens et exige, pour donner les bons résultats que les statistiques lui reconnaissent (Davies Thomas), une antisepsie parfaite et des soins consécutifs minutieux qu'il est souvent difficile d'obtenir en dehors des grands centres. Aussi devra-t-on souvent tenter le traitement par la ponction évacuatrice suivie d'injection parasiticide, lorsque le kyste suppuré ou non sera accessible au trocart. Si l'on échoue, ce qui serait fort rare d'après les partisans de la méthode (Juhel-Rénoy, Mesnard, Miranda), on aura recours à la pratique du professeur Verneuil, ou mieux, si on le peut, à la laparotomie. Cette dernière sera seule indiquée lorsqu'il s'agira de kystes postéro-supérieurs ou difficilement accessibles.

P. Chéron.

Du pouls lent et du pouls fréquent (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 novembre 1890,

Par P. Duroziez.

Nous ne prolongeons pas nos citations. Nous sommes étonné que Stokes, à propos du pouls et de la dégénérescence graisseuse, n'ait pas écrit une fois le mot digitale. Le rapprochement s'impose.

Piedagnel et Horteloup ont noté, chez une malade qui faisait usage de la digitale depuis longtemps, 17 pulsations. Quelques-unes étaient peut-être doublées.

Graffenauër a compté 20 pulsations par la digitale.

Rochoux rapporte qu'un homme de 85 ans défaillant eut 20 pulsations pendant trois jours, puis 16 et mourut.

Blot a vu, dans l'état puerpéral, le pouls tomber trois fois à 35 et, le plus souvent, varier entre 44 et 60.

Dans l'ictère, dans la convalescence des maladies aiguës, les chiffres de 40 à 60 ne sont pas rares.

Wisser est une domestique de 32 ans. Epistaxis, jeune. Réglée à 17 ans, bien. Rhumatisme des genoux à 22 ans, pendant deux mois; jamais d'autres douleurs. Il y a cinq semaines, en montant du charbon, elle s'est évanouie et ne s'est pas remise. Hémoptysie il y a quatre ou cinq jours. Le pouls est à 140, petit, le 15 août 1890. Pas de souffle au cœur. On entend les claquements. Le foie est gros. Poumon droit peu sonore. Respiration faible, sous-crépitants. Pouls veineux. Jugulaires grosses. Le soir, elle reste assise sur le bord du lit. Elle a un tænia.

Le 16. — Cœur énorme. A l'aine, parfois des claquements se mêlent au souffle. Au cœur, on n'entend que des chocs sans souffle. Pouls fréquent. Oppression. A pris hier 0,20 de digitale en macération.

Le 17. — Pouls 150. Elle étouffe. Pas de souffle. Des chocs. Pouls crural petit, avec souffle. Cœur très gros. Sous-crépitants aux bases, surtout à gauche. Pouls veineux présystolique ou systolique. Pâle.

Le 21. — Pouls 96, irrégulier, inégal. Digitale 0,40. Souffle au premier temps en arrière. Souffle au deuxième temps à droite. Un peu de ronflement au deuxième temps à gauche. Premier et deuxième, claquements forts à gauche.

Le 28. — Elle n'a pas pris de digitale hier. Pouls 66, inégal. Souffle au deuxième temps, sternal. Souffle au premier temps à la pointe ne passant pas en arrière. Pas de pouls veineux.

Le 4 septembre. — Pouls 70, inégal, irrégulier, peu développé. Souffle au deuxième temps énorme, sans fin, à droite. A la pointe, souffle au premier temps terminé par le deuxième claquement. Rien au cou. Peu d'impulsion à la crurale. Pas de double souffle crural. En arrière, on n'entend que des claquements irréguliers; pas de souffle. Elle ne se plaint pas.

Le 9. — Pouls 78, dur, inégal, irrégulier, peu développé. Va bien quand elle ne bouge pas, mais ne peut pas monter une marche. Elle se plaint de l'estomac; elle prend 0,30 de digitale. Souffle énorme à la pointe entre deux claquements forts, ne passant pas en arrière. Souffle au deuxième temps, intense vers le milieu du sternum. Le souffle ne passe pas au cou. Pas de double souffle crural; pas de claquement crural. Pas de pouls onguéal. Pouls brachial dicrote.

Remarques. — C'est un cœur forcé; les sigmoïdes aortiques ont été probablement déchirées dans un effort. Le pouls s'est élevé à 150 et a été

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

ramené à 66 par la digitale. Les souffles se sont montrés énormes et nuls. Nous étions en pleine palpitation où l'auscultation perd ses droits. Le cas est intéressant.

J'ai observé un cas de tachycardie sans goître exophthalmique, avec névralgie spinale, inégalité du pouls des différentes artères, absence de lésion cardiaque et rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents, à rechutes plus ou moins espacées, un ou deux ans d'intervalle. C'est de la névralgie rhumatismale de la moelle.

G..., 38 ans, a eu ses règles à 13 ans, régulières, peu abondantes depuis quelque temps. Elle n'a jamais eu d'épistaxis. Rhumatisme articulaire aigu à 31 ans. En 1880, je la vois pour un accès de tachycardie qui dure cinq ou six jours. En 1881, nouvel accès; palpitations, étouffement, pouls très fréquent. On ne sent ni les radiales, ni les brachiales. Les carotides battent fortement; les jugulaires sont dilatées. Coliques. Rareté des urines. Teinture de digitale et d'opium (19, 20, 21 janvier).

Le poul radial a reparu. Un peu de souffle au premier temps en bas du sternum. Je la trouve bien et ne la vois pas le 22 et le 23.

Le 24. — Les mêmes accidents reparaissent; palpitations, étouffements, radiale sans pouls; battement exagéré des carotides; jugulaires grosses. La malade est étendue dans son lit. Le cœur n'est pas gros. La pointe ne se détache pas. Aucun souffle. Claquements entendus l'oreille écartée de la poitrine. Les battements de la carotide, très forts, sont inégaux; ils sont si fréquents que je ne puis les compter. Pas de bruits pulmonaires anormaux. Douleur en arrière, à droite, vers le milieu du dos, se portant parfois au niveau des reins, se prolongeant le long du rebord des côtes en avant. Le ventre est douloureux. Teinture de digitale et d'opium. Vésicatoire au creux épigastrique.

Le 29. — Les pouls radiaux sont faibles. Les crurales ont la même petitesse. Œdème des jambes. Le ventre est toujours sensible, ces jours-ci, à gauche seulement; aujourd'hui, à droite comme à gauche. Très peu d'urine. La malade continue à prendre un litre et demi de lait. Les claquements ont perdu de leur éclat. Souffle un peu ronflant à la pointe. Rien au deuxième temps. En arrière, aux deux bases, sécheresses et râles sous-crépitants. La malade se plaint surtout de sa douleur abdominale et d'étranglement. Le lait détermine des aigreurs.

Le 31. — Les radiales sont bien senties. Les claquements du cœur n'ont plus de violence. Le souffle est entendu surtout à droite, en bas du sternum; à gauche, je le perçois peu. Les carotides battent modérément. Les jugulaires sont moins grosses; on y perçoit des battements continuels dont le rythme est difficile à apprécier à cause de la fréquence, bien que diminuée. Peu de signes pulmonaires. Le ventre est moins douloureux. L'œdème des jambes persiste.

Je ne la vois plus. Elle meurt deux ans plus tard.

Remarques. — Les vaso-moteurs sont troublés, nous en avons comme preuve le trouble des vaisseaux qui sont inégalement atteints. Les carotides battent avec violence; les radiales et les crurales sont impalpables. La lésion est de nature névralgique. Le terme, tachycardie, n'indique qu'un signe; il faut remonter plus haut. Le mal n'est pas au cœur. Nous pensons à la grande névrose, dont le goître exophthalmique n'est qu'une branche. Le goître exophthalmique fait partie de la grande famille des tachycardies, qui doit à son nom bizarre, sur la prononciation duquel on n'est pas fixé, sa haute position dans le monde médical.

Quand doit-on dire à une malade qu'elle est tachycardique? Quand doit-on lui dire qu'elle a le pouls fréquent? Dans les lésions du cœur, les pouls fréquents, les palpitations ne sont pas rares; le pouls monte à 150, 180. Quand nous savons la cause de sa fréquence, nous nous contentons du

terme vulgaire, accessible à tous; nous masquons notre ignorance par des mots à donner le frisson à une oreille de moyenne délicatesse.

Depuis quatre mois, nous avons observé 9 cas de goître exophthalmique ou du moins de cachexie exophthalmique, chez 9 femmes de 23, 23, 24, 24, 29, 30, 40, 42, 44 ans; 4 cas, sur 9, sont à 23 et 24 ans.

Ce n'est pas quand le goître et l'exophthalmie sont le plus marqués que le pouls est le plus fréquent.

Chez une femme de 23 ans, à saillie des yeux et du corps thyroïde, je trouve le pouls à 90, à 108.

Chez une femme de 24 ans qui ne présente aucune exophthalmie, à peine du goître, le pouls est à 150.

Une femme avec exophthalmie et goître donne 150 pendant une fièvre typhoïde et 120, 124 après.

Une femme qui est morte de pleurésie purulente a varié de 78 à 175. Les yeux étaient saillants. On a trouvé le corps thyroïde plus gros à l'autopsie que pendant la vie.

Une femme de 30 ans, sans goître, avec exophthalmie peu marquée, avait le pouls à 150.

Chez une femme de 42 ans, à goître bilatéral, à exophthalmie avec conjonctive rougie et douloureuse sans saillie considérable, le pouls est à 112. A cet âge, le chiffre baisse.

Chez une femme de 44 ans dont les deux lobes thyroïdiens sont gros et les yeux non saillants, le pouls est à 114; on trouve les battements, le souffle, l'essoufflement, la raideur des jambes.

L'inégalité de la force du pouls dans les différentes artères est un des facteurs importants du diagnostic. Elle explique comment l'œil, le corps thyroïde peuvent être épargnés. Les veines ne sont pas toujours battantes. Les variétés sont nombreuses; la névrose seule est toujours présente. Nous proposons la suppression du mot tachycardie; pouls fréquent nous serait agréable.

La digitale est inutile et dangereuse contre le pouls fréquent du goître exophthalmique; seule l'hydrothérapie a rendu service et devient dangereuse dans les affections du cœur à lésions valvulaires, où la digitale prend sa revanche.

Dans le pouls lent, dans la dégénérescence graisseuse du cœur, Stokes prescrit les toniques, l'alcool en tête, dont nous n'abuserions pas, l'alcool engraisse. Nous avons vu la faradisation du cœur ramener les claquements, les souffles et le pouls qu'on ne percevait plus; on ne s'en sert pas, à tort. Elle agit sur le cœur graisseux comme sur tout autre muscle.

BIBLIOTHÈQUE

Bibliothèque anthropologique. — XIV. — L'ÉVOLUTION JURIDIQUE DANS LES DIVERSES RACES HUMAINES, par Ch. Letourneau, secrétaire général de la Société d'anthropologie, professeur à l'École d'anthropologie. — Paris, 1891.

Comment le sentiment et la connaissance — si tant est que celle-ci soit bien nette — du juste et de l'injuste ont-ils pris naissance dans l'humanité? Comment le mot *justice*, « tantôt cri de guerre, tantôt cri de vengeance, qui a cent fois, au cours de l'histoire, servi à résumer les aspirations des opprimés ou la colère des oppresseurs », a-t-il pris rang dans la pensée et dans le langage humain? Y a-t-il là une idée innée : « Solution enfantine, répond l'auteur, qui écarte le problème, mais ne le résout pas. » Pour lui, la

genèse du sentiment de justice a pour point de départ primitif le besoin de défense, devenu la passion de la vengeance, que graduellement les hommes des premiers âges se sont efforcés de réglementer. Pour asseoir cette thèse sur des faits démonstratifs, réunis en nombre immense, l'infatigable auteur a étudié d'abord les hommes ne vivant pas encore en société organisée, alors qu'il n'existait rien de ce que nous appelons criminalité, droit pénal, justice. Il a même porté ses recherches au-dessous de l'humanité, c'est-à-dire chez les animaux; et les deux faits de vengeance méditée observés sur des animaux non domestiqués et vivant en liberté, qu'il cite, sont d'un tel intérêt, que nous croyons devoir les reproduire ici : « ..... il s'agit de moineaux sévèrement châtiés pour d'audacieuses violations de domicile. Le premier fait a trait à des moineaux, qui avaient envahi un nid de martinets, y avaient pondu, couvé et fait éclore leurs œufs. Mais, deux ou trois jours après cette éclosion, une troupe de martinets fondirent sur le nid usurpé et le mirent en pièces avec son contenu. Le second fait est plus curieux encore. Il s'agit aussi de moineaux ayant pondu dans un nid étranger, un nid d'hirondelles, après en avoir expulsé les propriétaires légitimes. Mais pendant que la femelle usurpatrice couvait tranquillement dans le nid volé, plusieurs hirondelles vinrent maçonner l'orifice d'accès et condamnèrent ainsi la voleuse à mourir de faim sur ses œufs. » — « Il s'agit bien, ajoute l'auteur, de vengeance, mais d'un genre de vengeance pour nous particulièrement intéressant, d'une vengeance que l'on peut appeler juridique... La justice humaine primitive ressemble fort à celle de ces oiseaux. »

Donc l'auteur, avec un courage remarquable, a poursuivi ses études depuis l'anarchie bestiale tout à fait primitive, depuis le désir de la vengeance différée, qui est devenue, par une évolution régulière, le talion avec sa formule sémitique si expressive : « Œil pour œil, dent pour dent », jusqu'à la notion moderne de la justice, à travers toutes les civilisations, asiatique, égyptienne, péruvienne, grecque, romaine, du moyen âge. Nous ne pouvons le suivre dans cette grande revue aussi consciencieuse qu'éclairée, mais nous en conseillons la lecture d'autant plus vivement que la plupart des questions qui y sont agitées sont en ce moment à l'ordre du jour. « J'ai essayé, dit en terminant l'auteur, de montrer ce qu'est ou a été la justice dans toutes les races humaines et à toutes les époques. » — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Arrachement sous-cutané du tendon du long extenseur des doigts à son insertion sur la phalangette. — Extirpation du rein.

M. Schwartz fait une communication sur l'*arrachement sous-cutané du tendon du long extenseur des doigts à son insertion sur la phalangette*. C'est Busch qui paraît avoir le premier observé des exemples de cette lésion, dont il a rapporté cinq observations. Viennent ensuite les travaux de Segond (2 cas), de Polaillon (4 cas), de Schœnig (1 cas). Delbet a fait des recherches expérimentales qui ne correspondent pas exactement à ce que l'on a observé en clinique.

M. Schwartz a recueilli trois observations de la lésion, et il donne la relation de ces cas.

Le premier cas se rapporte à un homme qui, en conduisant un cheval, eut le petit doigt pris dans les rênes. Aussitôt après l'accident, la phalangette était fléchie sur la phalangine et il était impossible au blessé de l'étendre.

M. Schwartz, après avoir éliminé la fracture, porta le diagnostic d'élongation du tendon extenseur au niveau de son insertion sur la dernière phalange. Il fit porter un dé en métal auquel était fixé un lien élastique, attaché lui-même à un bracelet placé au poignet. Sous l'influence de cette traction continue, la guérison fut complète en quatre semaines.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une dame qui se contusionna violemment le petit doigt. Comme symptômes fonctionnels, il y avait un gonflement douloureux de la troisième phalange qu'il était impossible d'étendre sur la deuxième. La rupture du tendon étant probable, on appliqua un appareil à extension qui ne fut gardé que quelques jours. Des séances de massage faites en dehors de l'hôpital n'avancèrent pas la situation, car actuellement le doigt reste courbé, et, si on le redresse, il retombe de lui-même.

Dans le dernier cas, la flexion permanente du doigt était survenue à la suite d'un violent effort de flexion; la phalange était gonflée et ecchymotique sur la face dorsale; le malade ne pouvait l'étendre sur la deuxième. M. Schwartz proposa la suture qui fut acceptée et faite aussitôt; il fit une injection sous-cutanée de cocaïne dans la phalangette qu'il anémia à l'aide d'un petit tube d'Esmarch. L'incision montra qu'il y avait une rupture complète du tendon et que l'articulation phalango-phalangettienne était ouverte. Après suture au catgut et immobilisation dans un appareil convenable, la guérison fut complète et le résultat fonctionnel excellent.

En faisant des recherches expérimentales, M. Delbet a trouvé que trois sortes de lésions pouvaient se produire à la suite de la flexion forcée : 1° l'arrachement du tendon près de l'insertion et l'ouverture de l'articulation; 2° une fracture de la phalange sans que l'articulation soit ouverte; 3° bien plus rarement la déchirure du tendon avec ouverture de l'articulation. Cliniquement, c'est la déchirure du tendon que l'on rencontre le plus souvent; elle est du reste extrêmement difficile à distinguer de l'arrachement.

Quand il s'agit d'une élongation ou d'une rupture incomplète, il est inutile de prescrire l'immobilisation et le mieux est d'employer un appareil à traction élastique. Cet appareil peut aussi être appliqué dans le cas de déchirure tendineuse; mais, le plus souvent, il ne suffit pas et l'on est obligé de pratiquer la suture.

M. Routier a eu l'occasion de voir un cas semblable à celui de M. Schwartz, chez une femme de 60 ans. Vu la difficulté du diagnostic entre l'arrachement et la déchirure tendineuse, il n'a pas fait de traitement chirurgical et les fonctions ne sont pas revenues d'une façon convenable.

— M. Terrillon fait une communication sur la néphrectomie par la voie transpéritonéale. Pour l'ablation du rein, on peut se servir, soit de cette voie, soit de la voie lombaire. Lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses, la première est préférable. M. Terrillon a fait six fois la néphrectomie transpéritonéale et a eu six succès.

Quatre fois le pédicule a été traité comme dans l'ovariotomie; on l'a abandonné dans le ventre après ligature et cautérisation. Dans un seul de ces cas, il s'est développé un abcès que l'on a été obligé d'ouvrir secondairement. Dans les deux autres cas, le pédicule n'a pas été laissé dans l'abdomen; on a fait la suture de la coque fibreuse qui enveloppait la tumeur avec les bords de la plaie de la paroi. La guérison a aussi été obtenue, mais elle est alors bien plus lente et il faut s'attendre à ce qu'il y ait pendant quelque temps une fistule.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une volumineuse hydronéphrose du côté gauche. La malade, âgée de 43 ans, avait eu des accès de coliques néphrétiques, et la présence de la tumeur avait été constatée en 1887. L'opération fut pratiquée au commencement de 1890. Une incision verticale fut faite un peu en dehors du bord externe du muscle droit et conduisit rapidement sur le rein; ce dernier fut ponctionné à l'aide de l'appareil Potain, et il en sortit à peu près deux litres d'un liquide jaunâtre. On pratiqua ensuite la décortication complète de la glande, et on l'enleva après avoir retiré de l'uretère un gros calcul. Le pédicule fut formé sur l'uretère lui-même et cautérisé au thermocautère. La tumeur pesait 525 grammes. La guérison fut complète et M. Terrillon a dernièrement revu la malade qui se portait fort bien.

Le deuxième cas se rapporte à une malade, âgée de 40 ans, qui souffrait depuis assez longtemps de la région lombaire du côté gauche. Il y avait, en même temps, des hématuries, de la perte des forces, et on trouvait, dans la région, une tumeur dure et bosselée. Le diagnostic fut : épithélioma du rein. L'opération fut faite en juin 1890, et la décortication de l'organe fut assez difficile; le pédicule fut abandonné dans l'abdomen.

La tumeur pesait 1,900 grammes et était constituée dans sa partie supérieure par un épithélioma tubulé. Actuellement la malade se porte encore fort bien.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un rein polykystique qui était dans la fosse iliaque du côté gauche. Les accidents avaient débuté six mois à peu près après un accouchement et il y avait eu une poussée de péritonite dans la fosse iliaque. La tumeur était fluctuante, très tendue et douloureuse. Après ouverture du ventre, une ponction ne donna issue qu'à 120 grammes de liquide. L'orifice de la ponction fut alors élargi et on put voir qu'une autre poche fournissait un peu de liquide; le rein fut extirpé assez difficilement; on reconnut qu'il était formé de plusieurs poches, quelques-unes étaient suppurées. Le pédicule, cautérisé, fut encore laissé dans le ventre, mais, après quelques jours, la température s'éleva, un empâtement profond apparut et on dut ouvrir un abcès dont la cause résidait probablement dans une asepsie imparfaite du pédicule. Actuellement, la malade se porte fort bien.

La malade qui fait le sujet de la quatrième observation souffrait depuis de nombreuses années de coliques néphrétiques. On trouvait dans le flanc droit une tumeur qui s'était très accrue dans les derniers temps, en même temps que les douleurs étaient devenues assez intenses. L'opération montra qu'il s'agissait d'un rein polykystique renfermant de très nombreuses poches et pesant 1,700 grammes. Le pédicule fut encore abandonné et les suites de l'opération n'offrirent rien de notable.

Dans la cinquième observation, il s'agissait d'un rein atteint d'un épithélioma qui fut enlevé aussi par la voie transpéritonéale. Le pédicule fut fixé au dehors et on fit le drainage.

Enfin, la sixième observation se rapporte à une jeune fille qui avait un rein tuberculeux suppuré du côté gauche. La malade avait de la cystite purulente avec urine ammoniacale, de la fièvre, et était extrêmement amaigrie. L'opération fut très difficile et le pus s'épancha dans l'abdomen. Le rein fut enlevé par morceaux et on fit la suture des morceaux de la poche à la paroi. La cavité fut bourrée de gaze iodoformée. Il n'a persisté qu'un peu de cystite.

M. Terrillon a encore enlevé un rein polykystique, qu'il montre à la Société, et dont la partie inférieure était formée de tissus sains et la partie postérieure transformée en poche kystique.

D'une manière générale, il ne faut remettre le pédicule dans l'abdomen, ce qui est préférable, que lorsque la lésion n'est pas suppurante. Dans le cas contraire, il vaut mieux établir la communication de la poche avec l'extérieur.

— M. Quénu montre un appareil dû à M. Sorel, et destiné à fabriquer de l'eau stérilisée.

— M. le Secrétaire général rappelle que le prix Laborie pour 1891 sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les opérations pratiquées dans le squelette du pied dans les pieds-bots.

FORMULAIRE

Traitement de la métrorrhagie des femmes en couches. — Braun.

L'hémorrhagie utérine se produit-elle dans les soixante-douze heures qui suivent l'accouchement? On examine attentivement la tumeur formée par l'utérus. Si la matrice est affaissée et renferme des caillots, on les en expulse par une pression énergique du bas-ventre, et on les extrait du vagin avec le doigt. Dans le cas où l'hémorrhagie persiste, on continue à presser sur l'utérus, et on introduit des morceaux de glace dans le vagin. — S'il ne se développe pas de symptômes graves à la suite de l'hémorrhagie, on prescrit une dose entière (1/2 à 1 gramme) de seigle ergoté, avec 20 gouttes de teinture de noix vomique. Toutes les demi-heures, on répète la dose, jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa contractilité. — Dans le cas de pertes sérieuses, on applique sur le ventre des linges trempés d'eau froide, et on administre des injections vaginales froides. — A l'intérieur, on prescrit le rhum et les vins généreux. — N. G.

COURRIER

Société protectrice de l'enfance. — L'assemblée générale de la Société protectrice de l'enfance aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 22 février 1891, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. Jules Simon, de l'Académie française, sénateur.

Ordre du jour :

1° Discours de M. Jules Simon, de l'Académie française, sénateur;

2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache;

3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Béclère;

4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Mansais, référendaire au sceau de France.

— Par décision, en date du 31 janvier 1891, le président du conseil, ministre de la guerre, accorde un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

M. le docteur Jouanin (de Moulins-en-Gilbert); M. l'officier de santé Ressac (de Remoulins); MM. les docteurs Gourdan-Fromentel (de Champlitte); Péricat (de Saurat); Carassus (de Milly); Mennesson (de la Capelle); Laborie (de Maurs); Guigou (de Vauvert); Lhoste (de Montfort-l'Amaury); Bimbard (de Ahun); Gontay (de Maringues); Lecornu (de Pont-l'Évêque); Loncle (de Maule); Tronche (de Lesparre); Sagnier (de la Grand'-Combe); M. l'officier de santé Mercier (de Gamaches); MM. les docteurs Resal (de Dompaire); Forichon (de Montet-aux-Moines); Reynaud (de Nîmes); Fauchey (de Saint-Vivien); Fuzet du Pougel (de Casteljau) et Ravier (de Morteau).

— La Société des chirurgiens des hôpitaux a voté, dans sa séance de mercredi dernier, les deux propositions suivantes, à l'unanimité :

1° Il n'y a pas lieu de modifier le concours actuel pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux;

2° Tout chirurgien pourra se faire assister et remplacer, dans son service, par *un chirurgien du Bureau central* de son choix.

La Société se réunira mercredi prochain, pour les modifications à apporter dans le service des consultations externes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bousquet (de Marseille).

La Faculté de médecine de Toulouse. — La commission d'enseignement supérieur, composée de MM. Bouchard et Brouardel, chargée d'examiner, au point de vue technique, les divers services affectés plus spécialement aux études médicales dans la nouvelle Faculté de Toulouse, a terminé ses travaux.

Comme la nomination du personnel ne saurait plus guère tarder, la Faculté de médecine sera en état de fonctionner normalement après les congés de Pâques.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Le rhumatisme musculaire et son traitement.

Messieurs, nous avons en ce moment, couché au n° 21 de la salle des hommes, un malade, âgé de 22 ans, qui se plaint de douleur généralisée aux deux membres supérieurs et occupant aussi un peu les membres inférieurs; il a en même temps une fièvre légère. Comme il est immobilisé dans son lit par ses douleurs, on pense, au premier abord, qu'il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Mais, si l'on cherche à préciser le siège des souffrances, on trouve que les articulations ne sont ni douloureuses ni tuméfiées, et qu'il s'agit de myalgies occupant la longueur des membres en dehors des régions articulaires.

Les douleurs occupent donc les masses musculaires. Au cou, où elles sont très marquées, c'est surtout du sterno-mastoïdien que le malade se plaint; aux avant-bras, les muscles de la partie antérieure sont les plus atteints. Sur les membres inférieurs, la douleur, tout en occupant une partie de la longueur de la cuisse, prédomine sur la partie externe de la hanche à l'endroit où se trouve le tenseur du fascia lata. On n'augmente pas la souffrance lorsque l'on presse les muscles atteints, tandis que les mouvements qui mettent en jeu les muscles malades, les exaspèrent. C'est ainsi que, quand l'on dit au malade de serrer quelque chose dans la main, il ressent une douleur vive au niveau de l'avant-bras. De même pour les membres inférieurs, les souffrances sont nulles au repos et ne se produisent guère que dans les mouvements d'adduction et d'abduction. Au cou, ce sont naturellement les mouvements de la tête qui les provoquent.

Finalement, on trouve là tous les caractères du rhumatisme musculaire : des douleurs profondes, tensives, sans élancements notables, siégeant au niveau des masses musculaires, non provoquées par les mouvements communiqués, peu augmentées par la pression et exaspérées par les mouvements. Il est facile de faire mouvoir le poignet dans tous les sens sans provoquer de la douleur.

Il s'agit donc là de rhumatisme musculaire qui, cependant, affecte une forme un peu exceptionnelle; en effet, ce rhumatisme est presque toujours limité, circonscrit et mono-musculaire ou du moins n'occupe qu'un petit groupe de muscles, une région musculaire. Ce n'est que rarement qu'il est diffus, voyageur comme celui qui occupe les articulations dans le rhumatisme articulaire aigu.

On a même émis des doutes sur la nature rhumatismale de la maladie.

Nous n'avons, en effet, aucun caractère absolu qui puisse nous permettre d'affirmer l'essence rhumatismale d'une affection quelconque. Il est très probable qu'il s'agit d'un agent infectieux; mais, jusqu'à présent, cet agent n'a pas été cultivé et on n'a pu reproduire la maladie en l'inoculant. Néanmoins, quand une manifestation morbide se produit chez un malade qui a eu les articulations atteintes à un certain moment de ce qu'on est convenu d'appeler le rhumatisme articulaire aigu, et que cette manifestation coïncide avec les phénomènes articulaires ou alterne avec eux, on admet qu'il s'agit d'affections de même nature et que le malade est atteint de la diathèse rhumatismale.

Au cours du rhumatisme articulaire aigu ou plutôt subaigu, les manifestations musculaires occupent surtout les extrémités fibreuses ou tendineuses du muscle; mais, dans certains cas, le corps du muscle est aussi atteint.

Il faut bien distinguer le rhumatisme musculaire de certains troubles musculaires qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu et ne dépendent pas de l'agent rhumatifère. Les muscles qui entourent une articulation atteinte s'atrophient lorsque la lésion articulaire se prolonge assez longtemps; par exemple, l'atrophie du triceps se voit fréquemment après le rhumatisme du genou. Dans ce cas, comme l'articulation est entourée par le muscle, on pourrait dire que ce dernier a pâti directement de la fluxion articulaire, et on pourrait aussi faire la même supposition pour le deltoïde. Mais cette hypothèse ne peut être proposée pour expliquer à la main l'atrophie des lombricaux qui donne aux doigts des rhumatisants leur attitude si spéciale. Elle ne peut expliquer non plus l'atrophie des muscles de l'avant-bras dans l'arthrite du poignet. Enfin, comme l'atrophie se produit aussi dans les lésions articulaires généralement quelconques, il est certain qu'elle n'est pas à rattacher aux rhumatismes.

Le rhumatisme musculaire se rattache très facilement au rhumatisme articulaire quand il se montre dans le cours de ce dernier; c'est ainsi que le torticolis peut s'y rencontrer avec ses douleurs spéciales en dehors de toute atteinte des articulations de la colonne vertébrale. On peut voir aussi, chez le même sujet, le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme musculaire survenir indépendamment l'un de l'autre sous l'influence de causes analogues.

Notre malade a eu, il y a deux ans, un rhumatisme articulaire aigu caractéristique, et, du reste, il regarde la maladie qui le frappe aujourd'hui comme identique à la première.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, le rhumatisme musculaire aussi généralisé que nous le voyons dans ce cas est un peu une exception, et il est généralement limité. Vous connaissez tous le rhumatisme épicranien, celui du cou qui est bien plus fréquent, celui des lombes ou lombago, celui de l'épaule qui occupe surtout le deltoïde; les muscles des membres inférieurs sont bien plus rarement frappés; enfin le rhumatisme des muscles abdominaux n'est pas absolument rare.

Généralement on ne recueille pas les observations de rhumatisme musculaire, car il semble qu'il s'agisse là d'une affection banale. Ce manque d'observations est regrettable, parce que les suites de la maladie nous sont mal connues.

Que se passe-t-il dans les muscles atteints? L'anatomie pathologique ne nous ne le dit pas. Il n'y a pas d'atrophie, sauf dans les formes chroniques,

et l'on ne meurt pas de la maladie, sauf s'il y a des lésions en dehors d'elle. Mon collègue, le professeur Hayem, n'a trouvé qu'une fluxion assez peu développée pour ne pas augmenter le volume du muscle. Dans les myosites, au contraire, il y a tuméfaction de la fibre musculaire elle-même. Dans la myosite chronique, on peut observer une transformation scléreuse du muscle; mais il s'agit alors de lésions différentes de celles du rhumatisme. Sont-ce les fibres contractiles qui sont atteintes, sont-ce les nerfs, ou enfin est-ce le substratum conjonctif? Nous ne pouvons pas donner de réponse à ces questions dont la solution n'offre au reste que peu d'intérêt pratique.

Le rhumatisme musculaire n'est reconnaissable que par sa douleur spéciale; aussi le diagnostic en est-il quelquefois très délicat. Quand il s'agit d'une lésion articulaire, d'une lésion séreuse, il y a généralement des caractères cliniques assez nets pour que l'on puisse affirmer ou non la nature rhumatismale des cas en présence duquel on se trouve. Quand les muscles ou les muqueuses sont atteints par le rhumatisme, les troubles fonctionnels existent seuls avec la douleur qui est très accentuée dans le second cas et peu dans le premier. Il y a une grande importance à distinguer le rhumatisme musculaire des autres maladies à douleur diffuse sur la longueur des membres ou de certaines intoxications qui s'accompagnent de myalgies, l'intoxication saturnine, par exemple. Cependant toutes les infections offrent des caractères spéciaux, et je ne vous dirai un mot pour le diagnostic que de la forme de mélalgie qui accompagne la fièvre herpétique, fièvre passagère, synoque caractérisée par la présence de petites vésicules sur les lèvres. Cette fièvre s'accompagne assez fréquemment de douleurs des membres; mais ces douleurs sont plus diffuses, ne prédominent pas dans des muscles ou des groupes de muscles; enfin les souffrances sont à peu près continues, ce qui n'existe pas, comme vous le savez, dans le rhumatisme.

Le traitement de la forme aiguë du rhumatisme musculaire ne diffère pas beaucoup de celui du rhumatisme articulaire aigu; il y a analogie de nature et cela légitime l'emploi des moyens analogues. Le salicylate de soude est donc indiqué chez ces malades et donne des succès; ces derniers sont cependant moins nets que dans le rhumatisme articulaire aigu. Vous savez, en effet, que le médicament agit d'autant mieux que la forme du rhumatisme est plus aiguë et que, dans le rhumatisme articulaire chronique, il n'a plus d'action Il en est de même dans le rhumatisme musculaire subaigu, et surtout chronique. Cependant, il y a des cas où, même dans la forme chronique, mais non fibreuse, on a obtenu des succès. Je l'ai vu agir sur des douleurs épicraniennes très douloureuses qui avaient résisté à différentes médications. L'antipyrine peut encore être très utile dans les formes chroniques.

Bien différent en cela du rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme musculaire réclame un traitement spécial. Les ventouses scarifiées, si communément prescrites, ont une action rapide et complète plutôt par dérivation cutanée que par la petite perte sanguine qu'elles entraînent. On peut obtenir des effets identiques avec de petites scarifications qu'on ne fait pas saigner ou, comme l'a fait un empirique allemand, en frappant la peau avec un marteau garni d'aiguilles multiples et en frottant ensuite avec un peu d'huile irritante. La faradisation, qui provoque une rougeur intense de la peau, donne aussi de très bons résultats. On peut encore faire dispa-

raître la douleur en injectant sous la peau un liquide un peu irritant, l'eau pure, par exemple, et le professeur Dieulafoy, alors qu'il était mon interne, a beaucoup préconisé ces injections d'eau. Elles font cesser la douleur au prix d'une douleur très vive, mais momentanée; s'il n'y a pas de douleur, il n'y a pas d'effet thérapeutique. Les premiers effets se produisent à la suite de l'injection d'un liquide quelconque pouvant causer de la douleur, tel que l'alcool et l'éther. Le rhumatisme peut encore disparaître immédiatement et radicalement, quand on fait simplement passer un courant électrique à travers une canule sans rien injecter, ce qui entraîne une douleur vive. Il faut bien savoir qu'il y a des précautions à prendre en faisant les injections d'eau. D'abord, cette dernière doit être absolument aseptique, sinon il pourra se développer des abcès. Ensuite, il faut se méfier des syncopes. Un jour, j'ai injecté à un malade atteint d'un rhumatisme musculaire très douloureux de l'épaule, et qui désirait en être débarrassé très vite, une seringue pleine d'eau sous la peau de la région. A peine mon injection était-elle faite que le malade, qui était debout, tombait à terre sans connaissance. Cet accident n'eut pas de suites, mais vous savez qu'une syncope de ce genre pourrait être très grave chez un malade atteint d'affection cardiaque.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle, qui ont été très vantées, ont été rendues plus faciles par le stypage, qui consiste à diriger le jet de liquide sur un tampon de coton que l'on applique ensuite sur le point révulsé. Cette pratique peut rendre des services. Tous ces traitements réussissent lorsqu'il s'agit de rhumatismes sur le point de céder, mais l'on a souvent des échecs, quand le rhumatisme appartient à la forme chronique. Alors on recourra, suivant les cas, à l'emploi de la chaleur, des douches de vapeur, du massage, des douches sulfureuses chaudes, etc.

Je ne veux, du reste, pas vous faire tout le traitement du rhumatisme musculaire et vous ferai simplement remarquer que ce traitement diffère beaucoup suivant les formes.

Chez notre malade, il s'agit d'une forme aiguë et occupant un grand nombre de muscles. Aussi la médication générale est-elle la plus indiquée et avons-nous eu recours au salicylate de soude. Si son action était lente, les bains de vapeur administrés dans le lit seraient tout indiqués.

Le pronostic du rhumatisme musculaire est bénin, et la guérison, la règle; il est beaucoup moins grave pour l'avenir des muscles que certaines affections nerveuses, la sciatique, par exemple. Cependant on a vu des pleurites survenir à la suite de la pleurodynie; on a vu aussi se produire des péricardites. Je ne sache pas, par exemple, qu'on ait observé de cas d'endocardite aiguë ou chronique consécutifs au rhumatisme musculaire aigu généralisé. Mais cela ne veut pas dire que le cœur soit toujours indemne; il peut, en effet, être touché d'une façon spéciale. On peut observer des arythmies, de l'augmentation de l'énergie des battements, des palpitations parfois très pénibles, de l'oppression, de l'anhélation, du pseudo-asthme nocturne. Il n'y a que fort peu de modifications dans le volume de l'organe; pas de souffles intra-cardiaques.

Notre malade n'a ni irrégularité, ni arythmie, mais il présente un souffle extra-cardiaque intense qui n'est localisé ni à la pointe, ni à la base, et est pour ainsi dire en l'air. Comme les souffles de ce genre, il occupe le siège du souffle qui existe dans les communications interventriculaires, mais est superficiel, doux, un peu grave et ne s'accompagne pas de frémissements.

De plus, le souffle de la communication interventriculaire occupe la systole entière et la remplit complètement. Celui de notre malade est, au contraire, médio-systolique; son origine extra-cardiaque est donc certaine. Pouvons-nous dire que, certainement, le cœur est intact? Non, car le souffle extra-cardiaque résulte, comme vous savez, de l'influence des contractions du cœur sur le poumon et ces modifications de contraction peuvent dépendre d'une myocardite. Je ne pense pas que ce soit ici le cas, car le souffle est mobile dans son intensité, vu qu'il a diminué beaucoup depuis hier; il n'y a pas d'indice de myocardite, pas d'accélération des battements, pas d'affaiblissement des contractions ni d'irrégularités. Enfin, on ne peut même penser à une endocardite, car les bruits normaux sont bien frappés. Le cœur, dans ce cas, est donc normal.

Notre malade raconte qu'au début de sa maladie, il a eu une angine, puis des douleurs dans les pieds, et qu'à ce moment on a constaté la présence de l'albumine dans les urines. Doit-on donc penser qu'il s'est agi là d'une scarlatine larvée suivie d'un rhumatisme scarlatineux? En aucune façon. Tout d'abord, le rhumatisme scarlatineux n'offre aucun des caractères du rhumatisme musculaire que présente notre malade; ensuite il est survenu trop tardivement après les premières manifestations. Il est donc probable que l'origine a été un rhumatisme du pharynx, que l'albuminurie, qui a été très transitoire, dépendait d'une fluxion rénale et que le rhumatisme musculaire ne s'est développé qu'ensuite.

En définitive, notre malade guérira, et très probablement sans complications, car, dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire si, oui ou non, des manifestations cardiaques peuvent se développer à la suite du rhumatisme musculaire aigu.

REVUE DES CLINIQUES

Complications auriculaires de la leucocythémie, par M. Lannois (1). — Messieurs, M. le professeur Lépine m'ayant très libéralement permis de prendre aujourd'hui la parole devant vous, j'en profiterai pour appeler votre attention sur un accident assez rare de la leucocythémie que présente un malade actuellement dans le service. Il s'agit de l'homme qui est couché au n° 21 de la salle Sainte-Elisabeth et que vous connaissez tous.

Son histoire clinique est très intéressante et a été rapportée en partie dans la thèse de Baissas (Etude morphologique du sang leucocythémique, janvier 1890); je ne vous en indiquerai que les points les plus saillants. C'est un homme de 34 ans, cultivateur, qui s'aperçut au commencement de 1887 qu'il était porteur d'une tumeur déjà volumineuse dans l'hypochondre gauche, où il avait depuis quelque temps des douleurs. Au mois de juillet de la même année, il se fractura trois côtes à gauche; depuis cette époque, il n'a pu travailler que par intermittence, à cause de sa faiblesse générale. Il a fait plusieurs séjours à l'hôpital dans les deux services de clinique, et la première observation prise en janvier 1888 contient un croquis de sa tumeur abdominale qui était presque aussi volumineuse qu'à l'heure actuelle, elle remplit, en effet, tout le côté gauche, hypochondre, flanc et fosse iliaque et dépasse la ligne médiane. Le malade avait, à cette époque, et a continué à avoir depuis des épistaxis fréquentes, très abondantes, pour lesquelles on a dû le tamponner et qui ont même mis sa vie en danger.

Le foie est également volumineux, les os sont parfois assez douloureux; mais, malgré la longue durée de la maladie, l'état général est encore relativement satisfaisant. A plusieurs reprises, d'ailleurs, il a présenté des améliorations très nettes.

(1) *Province médicale*, 1891, n° 2.

Quant au rapport des globules blancs et des hématies, nous en avons de nombreuses évaluations; nous trouvons dans son observation les rapports 1/47, 1/5, 1/10. A la dernière numération (17 octobre), nous avons trouvé 2,162,500 globules rouges et 1,462,500 globules blancs, soit 1 globule blanc pour 2, 5 rouges environ.

Il entre à nouveau dans le service le 14 octobre, alors que j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur Lépine. Il y a six semaines qu'est survenue brusquement la complication dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

Un dimanche, il s'était étendu sur son lit dans la journée, comme il en avait l'habitude, car il ne pouvait plus travailler. Il voulut se lever, mais à peine était-il debout qu'il fut précipité par terre dans une sorte de crise subite. Il ne perdit pas connaissance, notez bien ce fait : il voyait tous les objets tourner autour de lui, mais il ne put nous expliquer s'il avait lui-même un mouvement giratoire subjectif. En même temps, il avait dans les oreilles des sifflements intenses; quand on l'eut relevé, il se mit à vomir et continua ainsi pendant trois jours. Pendant ces trois jours aussi, le vertige fut presque continuel, si bien que le malade ne pouvait faire un mouvement dans son lit. Il paraît n'avoir eu, pendant cet espace de temps, que de la diminution de l'audition; mais le troisième jour, en quelques heures, l'ouïe se perdit complètement.

Cette surdité, aujourd'hui absolue, ne fut pas sans nous gêner beaucoup pour avoir des renseignements précis, car, à la même époque, il se produisit de l'obnubilation de la vue avec corps mobiles, flammèches, etc., qui fut reconnue plus tard comme liée à de petites hémorrhagies rétiniennes et qui l'empêche de lire autre chose que l'écriture très grosse : encore se fatigue-t-il très vite.

Le lendemain de son entrée, il fut pris d'une douleur vive dans l'hypochondre droit, avec augmentation considérable du volume du foie, de vomissements avec angoisse extrême, sueurs froides, état lipothymique, vertiges intenses, élévation de la température. Malgré cela, il se remit et vous savez qu'actuellement il est dans un état satisfaisant; se lève, etc.

Toutefois, s'il n'a pas présenté, depuis son entrée, de grands accès de vertiges, il en a eu très fréquemment de légers. Il ne se passe guère de jours sans qu'il ait des sensations vertigineuses plus ou moins accusées, et si vous l'examinez quand il marche, vous verrez qu'il présente la démarche craintive et prudente qu'a bien décrite M. Charcot dans le vertige chronique de Ménière; il se tient, en effet, avec les jambes écartées pour être plus solide sur sa base, et autant que possible il fait en sorte d'être près d'un lit ou d'un mur pour pouvoir se soutenir en cas de besoin.

J'ai examiné ses oreilles : tout d'abord, il est facile de voir qu'il est absolument sourd et qu'on ne peut communiquer avec lui que par l'écriture : si on lui crie à l'oreille ou si on lui parle dans un grand cornet acoustique, il entend un peu de bruit, mais ne distingue aucune parole. Il n'entend, cela va de soi, ni la montre, ni l'acoumètre de Politzer; le grand diapason n'est pas entendu sur le front, il est perçu un peu sur les dents ; mais le malade ne peut latéraliser le son, il ne l'entend pas sur l'apophyse mastoïde droite et très légèrement sur la gauche. La surdité est donc presque absolue.

L'examen de l'oreille avec le miroir ne donne que peu de renseignements. Le tympan gauche est légèrement enfoncé, à ombilic élargi, à triangle lumineux n'atteignant pas jusqu'à la périphérie; l'aspect général est plus gris qu'à l'état normal, et il y a un peu d'épaississement dans le segment postérieur. Le tympan droit offre la même apparence avec un peu plus d'épaississement. En somme, des lésions de sclérose légère, sans grande importance, d'autant plus que les deux membranes sont mobiles normalement et se déplacent lorsque le malade avale sa salive, les narines étant fermées, ou lorsque l'on a fait l'aspiration avec le spéculum de Siegle. Il est évident que l'examen aurait dû être complété par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, mais je n'ai pas osé le pratiquer en raison des épistaxis qui se continuent et qui, je vous l'ai déjà dit, ont parfois chez lui une gravité exceptionnelle.

Le diagnostic de l'accident qui s'est produit chez notre malade ne présente pas de difficultés : chute brusque sans perte de connaissance, vertiges avec sifflements intenses dans les oreilles, vomissements et surdité complète s'installant rapidement, vous recon-

naissez là tous les symptômes de ce que nous appelons, en France, le vertige de Ménière, et que les Allemands désignent sous le nom de surdité apoplectiforme.

C'est une complication très rare de la leucémie; Isambert dit bien que les lésions de l'oreille se rencontrent dans le dixième des cas, mais ce chiffre est exagéré si on n'a en vue que les faits où la leucémie est bien la cause des troubles auditifs. Prenez, par exemple, le leucocythémique couché au nº 26 de la salle Sainte-Elisabeth; c'est un demi-sourd, mais vous vous convaincrez facilement que sa surdité remonte à l'enfance et n'a rien à voir avec une maladie dont les premiers symptômes ne datent pas d'un an. De fait, dans un mémoire très complet et très intéressant sur ce sujet, publié en 1836, M. Gradenigo n'a-t-il pu réunir que huit cas de lésions de l'oreille avec surdité ou vertige imputables à la leucémie. Depuis lors, à ma connaissance, un seul cas a été publié, celui de M. Steinbrügge.

Nous devons nous demander maintenant en quel point siège la lésion qui a causé les troubles que nous venons d'indiquer et quelle est sa nature probable. On admet généralement que toutes les lésions de l'oreille peuvent donner lieu au vertige auriculaire, au syndrome de Ménière, depuis les lésions légères du conduit auditif jusqu'aux hémorrhagies et aux épanchements intra-labyrinthiques. Malheureusement, nous avons très peu de données sur les lésions que produit la leucémie sur l'organe de l'ouïe, car, sur les neuf cas indiqués par Gradenigo et Steinbrügge, trois seulement ont donné lieu à une autopsie de l'oreille.

Et précisément ces cas semblent indiquer que toutes les parties de l'oreille peuvent être atteintes et présenter des lésions un peu différentes. Dans le cas de Gradenigo, par exemple, il s'agit d'un leucémique cachectique sujet aux épistaxis répétées qui devient brusquement sourd (sans vertige) avec des symptômes indiquant une lésion de l'oreille moyenne, et à l'autopsie duquel on trouve l'oreille interne indemne, tandis que la muqueuse de la caisse est hypertrophiée et présente des hémorrhagies interstitielles. Dans l'autopsie de Politzer, la première en date (1884), on trouve, outre des lésions anciennes, des amas de cellules produits par une exsudation leucémique récente dans la rampe vestibulaire du limaçon et à l'intérieur des canaux semi-circulaires membraneux; il est à noter que, chez ce malade, la surdité apoplectiforme s'était montrée plusieurs mois avant que la leucocythémie ne fût reconnue. Dans le cas de Steinbrügge, enfin, le malade étant mort quatorze jours après l'apparition subite de la surdité consécutive elle-même à un tamponnement pour une épistaxis, l'examen histologique permit de constater des hémorrhagies récentes dans l'oreille interne, prédominant dans le limaçon (le côté droit a seul été examiné).

Dans notre cas, j'estime qu'il a dû se produire quelque chose d'analogue à ce qui s'est passé chez ce dernier malade. Il n'y a pas de grosses lésions dans l'oreille moyenne, la surdité est pratiquement absolue aussi bien pour la transmission osseuse que pour les vibrations aériennes. Il est vraisemblable qu'il s'est produit une hémorrhagie dans le labyrinthe, et cette hypothèse est appuyée par ce fait que le malade a facilement des hémorrhagies dans la rate, le foie, et qu'il saigne presque constamment du nez.

Il est à noter, et c'est même là ce qui explique la rareté de cette complication de la leucémie, que, dans le plus grand nombre des cas, il existait des lésions antérieures de l'oreille, le plus souvent de vieilles suppurations. C'est peut-être là que nous pourrions faire intervenir les légères lésions de sclérose constatées dans les oreilles de notre malade et qu'on peut, avec vraisemblance, rattacher aux tamponnements des narines qui ont été faits chez lui à plusieurs reprises. Comme chez les autres malades, cette sclérose aurait préparé l'oreille à la lésion hémorrhagique en en faisant un point de moindre résistance.

BIBLIOTHÈQUE

A TEXT-BOOK OF PRACTICAL THERAPEUTICS, WITH ESPECIAL REFERENCE TO THE APPLICATION OF REMEDIAL MEASURES TO DISEASE AND THEIR EMPLOYMENT UPON A RATIONAL BASIS, par

H.-A. Hare, professeur de clinique infantile et démonstrateur de thérapeutique à l'Université de Pensylvanie. — Philadelphie, Lea brothers and Co., 1890.

Le livre du docteur Hare est remarquable par l'élégance de la forme, par la beauté de l'impression et du papier, et non moins remarquable par le mérite du contenu. L'auteur l'a écrit pour servir aux praticiens et aux étudiants de guide dans l'étude des agents thérapeutiques et dans l'application de ces agents au traitement des maladies. Après d'intéressantes considérations générales sur l'action, le mode d'administration, les doses, l'absorption, la durée d'action des médicaments, sur les idiosyncrasies, les indications et les contre-indications, sur les associations ou remèdes composés, il passe en revue, en les décrivant au triple point de vue de leur aspect, de leur action physiologique et de leurs propriétés médicinales, tous les médicaments de la pharmacopée des États-Unis d'Amérique, rangés par ordre alphabétique. Puis, il étudie les autres moyens de guérison qui ne sont pas des médicaments (*Drugs*), l'acupuncture, les antiseptiques, le froid, la contre-irritation, la désinfection, la chaleur, la kataphorèse ou introduction des médicaments dans l'organisme par l'électricité, la phlébotomie, et l'alimentation dans les maladies. La quatrième et dernière partie du livre donne la longue série des maladies humaines spécialement étudiées dans leur traitement. Deux index alphabétiques très bien faits rendent facile l'usage de cet excellent livre : un index des médicaments et des procédés thérapeutiques, un index des maladies et des remèdes. Nous ne saurions trop recommander le *Text-Book* (manuel) de notre savant confrère de Philadelphie. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature du docteur Lardier;

2° Un mémoire de M. Dupeyron sur la vaccine.

La vaccine obligatoire. — M. Le Fort prononce le discours suivant : « Puisque mes contradicteurs me représentent comme un ennemi secret de la vaccine, malgré la netteté de mes déclarations et de mes conclusions, je vais prouver l'immense service que rend la vaccination.

Le rapport du docteur Barry sur l'épidémie de Sheffield en 1887 est le seul document qui permette de juger cette question avec précision. Aidé des médecins sous ses ordres, le docteur Barry, inspecteur de la vaccination, a examiné individuellement au point de vue de la vaccination 275,878 habitants de Sheffield et visité 59,807 maisons sur lesquelles 3,318 furent envahies par la variole. Sur les 18,756 personnes habitant les maisons contaminées, 18,020 avaient été vaccinées et 736 n'avaient subi aucune vaccination. Sur les 18,020 vaccinés, il y eut 4,151 varioleux et 552 sur les 736 non vaccinés. Les vaccinés furent donc malades dans la proportion d'un quart, et les non vaccinés dans la proportion des trois quarts. J'ajouterai que les revaccinés, surtout si la revaccination est récente, sont rendus aussi réfractaires à la variole que s'ils avaient déjà eu la maladie.

La vaccine a surtout pour effet de rendre la variole moins grave; deux documents permettent de juger cette action avec précision. La statistique de l'hôpital des varioleux de Londres pendant vingt-cinq ans montre que les non vaccinés, pris de variole, succombent dans la proportion de 35 sur 100, tandis que sur 5,347 vaccinés ayant eu la petite vérole la mortalité n'a été que de 3 sur 100, dix fois moindre.

A Sheffield, la proportion fut la même; sur 5,703 varioleux, il y avait 4,151 vaccinés ayant compté 200 morts, soit une mortalité de 4,8 sur 100. Les 552 varioleux non vaccinés ont donné 274 décès, soit une mortalité de 49,6 pour 100. Il est impossible, quand on constate ces faits, de ne pas chercher, comme je l'ai fait, à propager la vaccination et la revaccination, et loin d'être l'ennemi de la vaccine, je me plains, au contraire, de

ce que le service vaccinal soit si mal organisé en France que les personnes habitant les petites villes et les villages ne peuvent faire vacciner leurs enfants facilement et gratuitement.

Puisque la vaccine rend de si grands bienfaits, il faut organiser le service vaccinal de manière à ce que tous les enfants soient vaccinés et tous les adultes revaccinés. Cependant je repousse la vaccination obligatoire. Pour moi, une loi ne pourrait porter une atteinte aussi grave à la liberté individuelle que s'il était démontré que la vaccination obligatoire est capable de supprimer les épidémies de variole et s'il n'y a pas d'autre moyen d'arriver à ce résultat désirable. Or, la vaccination, aussi généralisée qu'on la suppose, est incapable de supprimer les épidémies; et, pour prévenir les épidémies, l'isolement des premiers varioleux est un moyen beaucoup plus puissant que la vaccine.

Les partisans de la vaccine obligatoire se sont bornés à montrer les bienfaits de la vaccine; sur ce point, nous sommes tous d'accord. La seule preuve qu'ils donnent de l'utilité de la vaccine obligatoire, c'est l'abaissement réel de la mortalité par variole en Prusse, depuis que la loi de 1874 a rendu la vaccination obligatoire. Mais, de l'aveu même de M. Brouardel, à la suite d'une épidémie de variole, la mortalité variolique s'abaisse pendant quinze ans; il n'est donc pas étonnant que le chiffre des varioleux se soit abaissé en Prusse, puisqu'en 1871 et 1872, 136,000 personnes y sont mortes de la variole.

MM. Proust et Brouardel oublient une chose importante, c'est qu'en Prusse deux moyens sont opposés à la variole : la vaccination obligatoire et l'isolement des varioleux. Ils n'ont donc pas le droit d'attribuer à un seul des moyens ce qui est certainement l'effet de la combinaison et de l'action simultanée des deux moyens. Après 1875, la mortalité par variole en Prusse continue à baisser jusqu'en 1877, puis elle remonte et elle arrive au chiffre où elle était à Paris en 1889. Que fait alors le gouvernement prussien? Sachant par expérience l'heureuse influence de l'isolement, il étend, par l'ordonnance du 13 novembre 1883, à toute la maison, l'isolement jusque-là limité à l'appartement du varioleux. A partir de ce moment, la décroissance de la variole se prononce et continue, de sorte qu'on serait tout aussi autorisé à l'attribuer à l'isolement qu'à la vaccination obligatoire.

Mes contradicteurs ont oublié que la vaccine est obligatoire dans les provinces annexées à la Prusse en 1866 : au Schleswig, depuis 1811; au Hanovre, depuis 1821; dans le Nassau, depuis 1820; dans la Hesse, depuis 1821. En 1870, la mortalité par la variole a été de 116 p. 100,000; par conséquent, la vaccine obligatoire n'a pas empêché l'épidémie. A Paris, depuis 1865, la mortalité par variole n'est, en moyenne, que de 20, et la mortalité la plus élevée, en 1880, n'est arrivée qu'à 99 sur 100,000.

On comprend facilement que la vaccine obligatoire ne puisse pas empêcher les épidémies. Quelques enfants malades ou trop faibles ne sont pas vaccinés; une partie de la population des grandes villes, sans domicile fixe, échappe à l'obligation vaccinale; d'ailleurs, il ne faut pas oublier deux choses : d'abord, c'est que, sur 100 vaccinés exposés à la contagion, 23 prennent la variole; ensuite, c'est que le vacciné varioleux, quoi que ayant en général une variole bénigne, donne tout aussi bien que le non vacciné une petite vérole grave.

L'exemple de Sheffield montre que, dans une population réalisant l'idéal de la vaccination obligatoire, il peut exister de graves épidémies de petite vérole. A Sheffield, sur 274,112 personnes, 268,397, soit 98 p. 100, étaient vaccinées, 5,715 seulement n'étaient pas vaccinées. Parmi les 268,397 vaccinés, 63,654 avaient été revaccinés et 18,821 avaient eu antérieurement la variole. Dans cette population, réalisant l'idéal de la vaccine obligatoire, il y eut 7,001 cas de variole, dont 5,851 chez des vaccinés, et 75 chez des revaccinés; il y eut 653 décès, dont 279 chez les vaccinés, ce qui, pour une population comme celle de Paris, représenterait 50,510 cas de variole et 4,860 décès. L'exemple de Sheffield montre, d'une manière incontestable, que la vaccine obligatoire n'empêche pas les épidémies et qu'elle n'autorise pas à violer la première des libertés, celle du père de famille sur la santé de son enfant.

Je repousse la distinction que peut faire M. Brouardel entre les maladies *évitables*, comme la variole, et les maladies *limitables*, comme la diphthérie, la rougeole, la scarlatine. Je n'accepte pas qu'on se borne à limiter ces maladies qu'on peut éviter comme

la variole, puisqu'elles n'existent que par la contagion. Je rappellerai que si, de 1886 à 1888, nous avons perdu 9,820 varioleux, nous avons perdu 12,705 malades par la rougeole et 17,022 par le croup. Il importe tout autant de sauver ces 29,000 victimes que les 9,000 varioleux; on ne peut y arriver que par l'isolement.

Je pourrais rapporter les exemples si remarquables de Londres, où par l'isolement réel des varioleux la mortalité est tombée de 1,419 à 24, puis à 9, puis à 1, pour une ville de près de 5,000,000 d'habitants, et les bons résultats obtenus par l'isolement à Bordeaux et au Havre. L'isolement et la désinfection ne peuvent être employés au domicile du malade que par l'effet d'une loi, je demande l'application à la France des lois allemande et anglaise sur l'isolement. Je repousse énergiquement l'idée que m'attribuait M. Brouardel de réclamer le transport forcé à l'hôpital de tous les varioleux, mais je demande que les articles 459, 460 et 461 du Code pénal, applicables à l'isolement des animaux malades, soient appliqués aux hommes et que la loi française fasse pour eux ce qu'elle fait pour les animaux.

On n'est pas autorisé à demander que la vaccine soit obligatoire, quand elle n'est même pas possible par suite de l'organisation très insuffisante du service vaccinal. Au lieu de demander les crédits nécessaires pour organiser convenablement ce service, on demande une loi qui rende la vaccination obligatoire. Si la loi continue à être repoussée, comme elle l'est depuis vingt-deux ans, le service vaccinal continuera à ne pas exister.

On demande l'application à la France de la loi allemande; la Prusse a la revaccination obligatoire de l'armée, nous l'avons. Elle a la revaccination obligatoire des élèves des écoles et des lycées, nous l'avons. Il ne s'agit donc plus, pour avoir les effets de la loi allemande, que de rendre obligatoire la vaccination des enfants, laquelle n'est en France que facultative. C'est pour ce mince résultat qu'on ajourne toute réforme et qu'on risque de compromettre la vaccine. Ce qu'il faut, c'est la revaccination des adultes, et l'Allemagne n'a pas essayé de l'imposer par une loi parce que cela n'est pas possible. Nous arrivons peu à peu, par une voie détournée, mais sûre, à la revaccination des adultes.

La revaccination forcée des élèves, des ouvriers, des employés ne viole pas la liberté individuelle, puisque l'élève est libre d'aller dans d'autres écoles que celles de l'Etat, et l'ouvrier peut aller dans des ateliers, des usines où la vaccine n'est pas obligatoire. Au contraire, la liberté est violée, quand on rend la vaccination obligatoire pour tous les enfants d'un an, sans exception.

Si l'on veut apprécier la portée de l'atteinte portée à la liberté, il faut savoir se mettre à la place de celui qui croit, contrairement à toute preuve, que la vaccine prédispose au cancer ou à la tuberculose. Sans doute, le père, moyennant 15 francs d'amende ou cinq jours de prison, pourra éviter la vaccination à son enfant, mais une loi ne peut punir une abstention; elle ne punit que les actes, et dans tous les cas elle punirait d'une amende le fait d'avoir une opinion sur la vaccine contraire à celle de l'Académie.

Je rappellerai, en terminant, qu'en 1881, Depaul, quoique directeur de la vaccine, s'opposa énergiquement à l'idée de la vaccine obligatoire. La discussion actuelle a le grand inconvénient de montrer, même à l'Académie, que la vaccine ne préserve pas sûrement de la variole. Cette connaissance se répandrait bien davantage dans la discussion publique d'une loi. Il faut se borner à réorganiser le service de la vaccine et à isoler rigoureusement les varioleux. »

De quelques nouvelles médications.

Des effets de l'acide phénique contre la diarrhée, par le docteur J. Howe-Adams (*Annuaire de thérapeutique*).

Il est curieux de constater que, dans la vaste littérature sur l'acide phénique, on ait omis de parler de son application dans la diarrhée. Son succès comme antipyrétique n'a pas encouragé son emploi dans les maladies des organes internes. Les propriétés antiseptiques de l'acide phénique ont suggéré l'idée de l'essayer dans la diarrhée, qui provient toujours d'une plus ou moins grande fermentation dans le canal digestif; mais les résultats obtenus dans ces cas furent douteux et peu satisfaisants, car, à dose ordinaire, l'acide phénique est impuissant pour arrêter le processus de fermentation dans les intestins.

L'acide phénique possède, outre son action antiseptique, la propriété d'agir comme anesthésique sur les intestins. Ceci est le point essentiel à considérer en employant ce remède.

Comme antiseptique, il est indiqué dès le début de la diarrhée, tandis que, pour qu'il agisse comme anesthésique, il est nécessaire que les intestins soient préalablement vidés. Les médecins anglais, dans les Indes, sont les seuls qui font usage de l'acide phénique dans la diarrhée et la dysenterie, et les résultats qu'ils ont obtenus plaident en faveur de la théorie anesthésique.

Ces médecins ont obtenu d'excellents effets dans le traitement de la dysenterie et de la diarrhée de longue durée, accompagnées de coliques violentes et d'écoulements muqueux.

Dans les diarrhées muqueuses et dans les inflammations du gros intestin, ce médicament rend les plus grands services quand il est bien employé. On l'administre alors sous forme de lavement, que les malades doivent garder pendant quelque temps ; la dose est de 5 centigrammes pour 180 grammes d'eau. A cette dose, les effets d'intoxication ne sont pas à redouter.

Le docteur Putnam cite un cas d'intoxication causée par l'injection de 6 grammes d'acide phénique dans un litre d'eau.

Dans les différentes formes de diarrhée, l'auteur a constaté, d'accord avec les observations antérieures, que l'acide phénique était plus efficace dans les cas de longue durée où les autres traitements avaient échoué. La dose administrée par l'auteur était de trois gouttes d'acide phénique avec du bismuth, sous forme d'émulsion. — P. N.

FORMULAIRE

INJECTION ANTIBLENNORRHAGIQUE ET ANTILEUCORRHÉIQUE. — Lutaud.

Créoline	2 grammes.
Extrait d'hydrastis canadensis	10 —
Eau	200 —

Faites dissoudre. — 2 cuillerées à soupe dans un demi-litre d'eau chaude, pour une injection destinée à combattre la leucorrhée. — Si l'on a affaire à la blennorrhagie de l'homme, on formule de la manière suivante :

Créoline	X gouttes.
Extrait d'hydrastis canadensis	2 grammes.
Eau distillée	250 —

F. s. a. une solution qui sera employée pure, en injections uréthrales. — N. G.

COURRIER

CONCOURS. — Le jeudi 12 mars 1891, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.

Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 16 février 1891 jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le samedi 21 mars 1891, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 février 1891, et sera clos définitivement le samedi 7 mars, à trois heures.

La mortalité par fièvre typhoïde et l'eau de source. — M. Brouardel estime à 23,000 le chiffre des personnes qui succombent annuellement en France à la fièvre typhoïde. Il y a quelques années encore, plus de 1,500 soldats succombaient à cette pyrexie. Depuis que dans presque toutes les casernes on a remplacé l'eau de puits par de l'eau de source, la fièvre typhoïde a beaucoup diminué dans l'armée française. Il est bien démontré aujourd'hui que l'eau est le distributeur des germes typhiques 90 fois sur 100. Faut-il rappeler à l'appui de cette assertion la rareté de la fièvre typhoïde à Vienne (Autriche). Dans cette ville la mortalité annuelle par fièvre typhoïde était tombée de 200 à 10, lorsque 90 maisons sur 100 étaient desservies par l'eau de source. Ces dernières années l'eau de source étant insuffisante on puisa à canal ouvert dans le cours même de la Schwarza l'eau nécessaire pendant l'hiver : immédiatement les décès typhoïdes ont augmenté, mais sans atteindre l'ancien chiffre de 200. Il y a eu à Vienne 68 décès en 1886 et 86 en 1887. Il est donc nécessaire dans la loi sanitaire en projet de faire inscrire les prescriptions nécessaires à l'assainissement de la France, et en particulier donner le droit aux Bureaux et aux Comités d'hygiène de faire fermer les puits dont l'eau est polluée par le voisinage des fosses d'aisances.

— Le ministre de la guerre a décidé qu'à l'avenir les dates d'ouverture et de clôture des saisons de l'hôpital d'eaux minérales de Vichy seront fixées ainsi qu'il suit :

Première saison : du 14 mai au 5 juin; deuxième saison : du 8 juin au 30 juin; troisième saison : du 3 juillet au 25 juillet; quatrième saison : du 28 juillet au 19 août; cinquième saison : du 22 août au 13 septembre.

Souscription en faveur d'un rebouteur. — Le 13 mars 1890, le tribunal d'Albertville condamnait à une amende le nommé Jean Sibuet, rebouteur, domicilié à Saint-Vital, pour exercice illégal de la médecine. Le jour même de la condamnation, les partisans de Sibuet se réunirent et convinrent, d'un commun accord, qu'une souscription publique serait ouverte pour l'indemniser des frais du jugement et des amendes qu'il avait encourues. Dans les jours suivants, les listes se couvrirent de plus de 1,500 signatures. Avisé de ces faits qui constituaient une protestation contre l'arrêt judiciaire, le parquet ouvrit une enquête qui aboutit au renvoi devant le tribunal correctionnel d'Albertville de vingt-neuf inculpés qui ont été condamnés à diverses amendes.

En appel, la Cour de Chambéry a rendu le 4 décembre 1890 un arrêt qui confirme les jugements de première instance. (*Lyon médical.*)

— Sommaire de la *Revue philosophique*, nº de février 1891 (16e année) :

Janet (Paul) : Réalisme et idéalisme. — G. Tarde : L'art et la logique (1er article). — Gourd : Morale et métaphysique. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Société de psychologie physiologique.

Abonnements : un an, Paris, 30 francs ; départements et étranger, 33 francs ; la livraison, 3 francs.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait^t physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Le remède de Koch à l'hôpital Saint-Louis.

Les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. E. Vidal, Ernest Besnier, A. Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Lailler, ayant réuni en commun leur savoir et leur expérience, ont essayé sur les malades la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses tégumentaires en général, et des lupus en particulier. Le résultat de ces essais a été exposé devant la Société de dermatologie, dans sa séance du 12 février dernier, par MM. Ernest Besnier et Hallopeau. Ce sont les deux documents les plus importants qui aient encore été publiés en France sur ce sujet et ils auront certainement le plus grand retentissement dans le monde médical, tant à cause de la compétence et de l'honorabilité indiscutables de leurs auteurs, que des faits intéressants qui y sont rapportés. Ces faits sont d'ailleurs de nature à jeter la plus grande lumière sur la question, car ils ont reçu la sanction du temps et suffisent à asseoir une opinion éclairée sur la valeur du prétendu remède dans le traitement des tuberculoses locales.

M. Ernest Besnier a rendu un hommage mérité à tous les collaborateurs

FEUILLETON

CAUSERIE

M. Robert Koch est en ce moment au Caire où il respire l'air pur qui n'existe guère dans les laboratoires de Berlin. Le théâtre de son triomphe au sujet du choléra doit lui sembler bien changé, car il est loin d'avoir en ce moment, paraît-il, l'air d'un triomphateur. Le bruit de son échec récent est allé réveiller les échos des pyramides, et le sphinx lui-même le regarde d'un air narquois; quant à la statue de Memnon, son chant d'autrefois s'est changé en sifflet. A son arrivée au Caire, un de nos compatriotes, qui lisait dans l'*Union médicale* la clinique de M. Verneuil sur la valeur diagnostique de la lymphe de Koch dans les tuberculoses locales, a eu la délicatesse de lui offrir les deux numéros qui contiennent cette leçon magistrale. M. Koch l'a lue sans sourciller et s'est contenté de dire ensuite,

« Oui, les Français sont de bons cliniciens ».

Nous l'abandonnons à ses réflexions.

*
* *

Nous avons rappelé, dans une de nos dernières *Causeries*, l'histoire du commencement d'incendie qui a failli détruire Notre-Dame de Paris à la fin de la Commune et le rôle

de ces expériences cliniques; tous, chefs de service, élèves, directeur de l'hôpital et directeur de l'Assistance publique, ont rivalisé de zèle et de bonne volonté pour mener cette étude à bonne fin.

Cinquante malades ont été soumis au traitement. Les observations ont été prises avec le plus grand soin, et M. Besnier en a donné un résumé général qui est la réquisitoire le plus sévère et à la fois le plus juste et le plus impartial qu'on pût dresser contre l'emploi médical de la lymphe.

« Ce que l'analyse de ces observations, dit M. Besnier, pas plus qu'aucune lecture, ne saurait faire bien comprendre, ce que je m'étonne de voir, dans tant de publications, exposer d'un cœur léger, ce sont les souffrances cruelles et inutiles que beaucoup de nos malades ont éprouvées. Ceux qui ont pénétré dans nos salles, un jour d'inoculation en série, six à huit heures après l'injection, quand le traitement, récemment commencé, ne portait pas sur des sujets déjà arrivés à la période de tolérance, n'oublieront jamais ce spectacle, et s'il est un médecin qui, ayant soumis lui-même ses malades à ces épreuves douloureuses, a contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation. »

Aucun malade, heureusement, n'est mort, grâce aux soins assidus dont ils ont été entourés; mais plusieurs ont été en danger de mort. Et à quoi ont servi toutes ces souffrances? C'est ce que nous apprend excellemment M. Besnier.

« Elles ont servi à démontrer les points suivants : la lymphe ne détruit pas le bacille, au contraire, elle favorise peut-être le processus tuberculeux; contrairement à ce qu'a dit M. Koch, la toxine bacillaire amenée par la circulation générale dans le lupus ne se joint pas à la toxine péribacillaire qui y existe déjà, pour déterminer la nécrobiose du néoplasme tuberculeux; les nodules tuberculeux, arrêtés dans leur marche par une irritation exsudative, ne tardent pas à reprendre une activité probablement plus grande qu'auparavant. Non seulement on a retrouvé chez les inoculés tous les tubercules qu'ils avaient avant l'injection, mais encore une série

---

qu'avaient joué les internes de l'Hôtel-Dieu dans son extinction. Cet incident avait soulevé quelques doutes, éclaircis par le récit d'Amédée Latour. Voici une autre version très intéressante de ce fait, où le rôle des internes de l'Hôtel-Dieu n'est pas douteux. (*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* du 10 février 1891, p. 75.)

En 1875 a paru chez Plon un livre de l'abbé Riche, qui, par son titre liturgique (*les Harmonies du culte de la très sainte Vierge*), ne pouvait tenter les historiens. On y trouve cependant dans la *Préface* le curieux récit suivant, qui confirme entièrement la trouvaille de l'*Intermédiaire*.

Au mois de mai 1871, après les désastres du siège de Paris et à la fin des horreurs de la Commune, je fus appelé par la Providence à me charger d'un ministère effrayant : celui de préparer et de conduire à la mort les insurgés condamnés par la cour martiale du Luxembourg. C'était sous la désignation de classés qu'ils m'étaient amenés dans une chambre obscure où je me tenais, près du terrible tribunal; et c'est moi qui avais à leur donner la signification de ce mot de convention. J'ai dû remplir ces horribles fonctions pendant six jours et quatre nuits. En vérité, sans l'assistance de Dieu, après les combats et les suprêmes douleurs du siège, c'était à rendre cent fois fou d'émotion.

Le jeudi 25 mai, dans la matinée, et pendant qu'on se battait encore non loin de Notre-Dame, un tout jeune homme fut introduit auprès de moi comme classé. C'était un ouvrier. Il portait une blouse déchirée, toute couverte de taches; et cette blouse, largement ouverte sur la poitrine, laissait voir d'autres vêtements dans le même désordre. Sa figure et ses mains étaient noires et luisantes. Ce garçon-là sentait, à dix pas, la

de nouveaux qui ont évolué pendant les inoculations et qui se multiplient, celles-ci cessées, à la faveur du renouveau que leur cessation a apporté dans l'économie entière »

En d'autres termes, pas de guérison, mais des aggravations.

L'analyse des phénomènes observés chez les malades, leur interprétation, les points obscurs qui n'ont pu être élucidés sont présentés avec tout le talent qu'on pouvait attendre de la plume de M. E. Besnier; il faudrait tout citer; mais, ne pouvant le faire ici, nous reproduisons du moins la péroraison de son discours, dont tout médecin français pourra et devra faire sa règle de conduite à l'avenir :

« Sous le rapport curatif, l'action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas; elle n'est ni supérieure ni même égale, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaire dont nous disposons actuellement.

« Mais, dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort.

« Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

« Dans ces conditions, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration. Mais, aujourd'hui, ma conviction est établie; je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose et je ne pratiquerai plus d'inoculations. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine, qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française. »

---

poudre et le pétrole. Il était un de ceux qui n'avaient absolument rien compris au mot classé, avec lequel il avait été congédié de la cour martiale; et comme il n'avait point été pris en flagrant délit, il ne croyait pas sa cause si mauvaise.

Lorsque je lui eus annoncé, avec ménagement et peu à peu, qu'il était condamné à quelque chose de plus que la prison et la détention, et qu'il allait être fusillé, il se laissa tomber comme foudroyé contre la muraille; puis, se frappant le front du poing :

— Ah! s'écria-t-il, je savais bien que ça me porterait malheur!

Je m'approchai de lui et je l'engageai doucement à se confier à moi. Pendant quelque temps, il garda le silence. Tout à coup, il releva la tête, me regarda fixement, puis il me dit :

— Tenez, je vais tout vous avouer; mais dépêchez-vous de vous en servir; dans une heure, il serait trop tard..... Hier au soir, moi-même, j'ai porté à Notre-Dame deux barils de poudre et deux bonbonnes de pétrole. J'ai placé les deux barils de poudre dans les conduits du calorifère : l'un en haut, l'autre en bas de l'église. Pour le pétrole, j'en ai mis une bonbonne, non pas dans la grande chaire oùs qu'on prêche, mais dans la chaire, à côté des bancs oùs qu'on s'assoit (il voulait dire le trône archiépiscopal, ou bien l'ambon); et l'autre, je l'ai placée sous l'orgue, dans les boiseries... Mais, je le répète, dépêchez-vous de faire courir à Notre-Dame pour enlever tout cela... Quelle heure est-il?

— Neuf heures et demie, lui répondis-je, en regardant à ma montre.

— C'est entre neuf et dix heures qu'on doit mettre le feu.

M. Hallopeau s'est surtout attaché, en s'appuyant sur ce qu'il a observé chez 12 malades de son service, à relever les contradictions qui existent entre les assertions de M. Koch et ses résultats personnels. Ce tableau comparatif serait amusant, s'il ne s'agissait d'une chose aussi réellement triste, car il n'est pas permis de jouer avec la vie humaine comme l'ont fait les médecins allemands. Il est au moins curieux de mettre en regard l'une de l'autre l'opinion de M. Koch et celle de M. Hallopeau.

Opinion de M. Koch.	*Opinion de M. Hallopeau.*
1° Je conseille d'injecter, chez les lupiques, comme dose initiale, un centième de centimètre cube de lymphe.	La dose indiquée par M. Koch est de dix à vingt fois trop élevée.
2° La durée de l'accès de fièvre que provoque l'injection est de douze à quinze heures.	Nous l'avons vu souvent se prolonger pendant quarante-huit heures et quelquefois au delà.
3° Les malades supportent bien l'accès fébrile et, dès qu'il est passé, ils se sentent mieux qu'avant sa production.	Ceux de nos malades qui ont réagi avec intensité ont accusé pour la plupart les sensations les plus pénibles, pendant plusieurs jours parfois.
4° On peut injecter le liquide à doses rapidement croissantes.	Nos faits montrent qu'il est loin d'en être toujours ainsi, et que la tolérance peut être longue à s'établir.
5° La lymphe possède une action élective sur les lésions tuberculeuses.	Cette proposition de M. Koch n'est pas admissible.
6° Les effets de la lymphe peuvent s'expliquer par l'action d'une substance nécrosante qui altérerait certains éléments histologiques.	Il est possible qu'il en soit ainsi, mais ce n'est là cependant qu'une hypothèse.

Et M. Hallopeau ajoute :

« La seule conclusion que l'on puisse tirer des faits observés, c'est que le liquide de Koch est un agent pyrétogène et phlogogène d'une grande puissance; à ces deux titres, il peut donner lieu aux plus graves accidents. L'action phlogogène s'exerce en toute évidence sur tous les foyers lupiques,

---

Je fis venir aussitôt un gardien de la paix pour surveiller le condamné, et je courus vite raconter au prévôt la révélation qui venait de m'être faite.

« Tout cela est exact, très exact, lui ajoutai-je, j'en suis sûr, et ma pensée est que votre condamné était un de ceux qui devaient mettre le feu. Il n'y a pas de temps à perdre, vite à Notre-Dame ! »

Le prévôt fit aussitôt partir pour la cathédrale le condamné lui-même, avec plusieurs gardiens de la paix. Une heure après, il me le ramenait, et me prenant à part :

— Il était temps, me dit-il, on a trouvé la poudre et le pétrole aux endroits indiqués, et lorsque déjà des chaises étaient en flammes dans la cathédrale; mais on a pu tout enlever et conjurer l'incendie; maintenant il n'y a plus de danger.

— Eh bien! dis-je au prévôt, mais vous n'allez pas faire fusiller un homme aux révélations duquel nous devons la conservation de Notre-Dame?... Et puis, songez donc! à quelques pas de la cathédrale, il y a l'Hôtel-Dieu avec ses malades par centaines, et, si Notre-Dame avait fait explosion, quelle épouvantable catastrophe! Il faut gracier cet homme.

— C'est juste, répondit le prévôt. Il ne sera pas fusillé.

Après quelques instants de réflexion, l'officier jugea prudent de ne pas mettre ce jeune ouvrier immédiatement en liberté. Il était sage de ne point le jeter dans la rue au moment où l'on se battait encore et sans connaître ses antécédents. C'était une affaire à examiner plus tard. En attendant, le prévôt lui annonça qu'il ne serait pas mis à mort, qu'il avait à me remercier de ce que j'avais fait pour lui, et qu'on lui tenait

mais elle ne leur est pas circonscrite. Et, en effet, il signale : une éruption de pustules disséminées sur le tronc ; des accidents cardiaques démontrant que l'action phlogogène de la lymphe de Koch peut s'exercer sur l'endocarde et sans doute aussi sur le myocarde, et donner lieu ainsi à des lésions indélébiles ; des collections purulentes anciennes ou nouvelles prenant un développement considérable.

« La médication, même restreinte aux doses dix ou vingt fois plus faibles que celles indiquées par Koch, est-elle inoffensive? Malheureusement non, car avec elles on a observé les accidents que nous venons de signaler.

« Ces injections sont-elles du moins efficaces? Non. Si l'on a observé des améliorations, même considérables, elles n'ont été que temporaires et, au bout d'un certain temps, alors que la tolérance s'est établie, le lupus a présenté une nouvelle période d'activité. »

Et M. Hallopeau conclut, en d'autres termes, mais dans le même sens que M. E. Besnier ; les seuls cas dans lesquels le traitement par la lymphe lui paraîtrait justifié sont ceux dans lesquels le malade, atteint d'un lupus rebelle à tout traitement, consentirait sciemment et volontairement à courir les risques de graves complications *pour obtenir une amélioration.* Sauf ces cas, il se refuse à employer la lymphe comme médicament, « à moins que, contrairement à toute prévision, l'on ne parvienne à obtenir son action bienfaisante en évitant son action nocive ».

Et ainsi se trouve ramenée à sa juste valeur une substance sortie beaucoup trop tôt du laboratoire où elle a été découverte. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Du somnambulisme spontané avec double personnalité, par M. le professeur Charcot (1). — M. le professeur Charcot a examiné à sa clinique deux malades extrêmement intéres-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, 1891, tome LXII.

compte de ses aveux. Puis, lui ayant fait une petite morale à sa manière, il me laissa le jeune homme et se retira.

A mon tour, je fis ma morale aussi ; mais je fis plus encore. L'ouvrier repentant se confessa, et je le remis aux gardiens de la paix, gracié par la justice humaine et pardonné par la divine miséricorde.

Quelques jours plus tard, j'appris des détails circonstanciés sur le danger imminent auquel Notre-Dame avait échappé. On me raconta qu'au moment où l'on enlevait le pétrole et la poudre aux endroits indiqués, des chaises mises en tas étaient enflammées tout à côté des stalles et de l'ambon où se trouvait le pétrole. Ce furent les internes de l'Hôtel-Dieu qui éteignirent le feu.

Probablement, ceux qui avaient allumé cet incendie ignoraient qu'il y eût là, si près, de la poudre et du pétrole. Mais la chaleur et les flammes n'auraient pas manqué de s'y communiquer ; de sorte que, indépendamment de l'intention que l'on avait d'ailleurs de mettre directement le feu aux matières préparées, elles auraient produit d'une autre manière leur effet destructeur. Quant à l'heure de la consommation du crime, le jeune pétroleur m'avait donné un renseignement qui paraissait exact ; une demi-heure plus tard, et c'en était fait de Notre-Dame de Paris.

* * *

Dédié aux anarchistes, s'il leur prend fantaisie de refaire la Commune !

Un compositeur de musique établi à Cologne, le docteur Otto Neitzel, tourmenté par

santes au point de vue de la question obscure du somnambulisme et de l'état mental qu'on appelle la double personnalité. Pour bien faire comprendre cet état singulier, il est nécessaire d'entrer dans des détails assez minutieux.

Voici une jeune fille qui se présente avec l'apparence d'un état absolument naturel, travaillant, parlant, répondant bien aux questions qu'on lui pose, au moins dans un interrogatoire superficiel, et cependant, il y a en elle deux personnalités séparées; elle est dans l'état qu'on a appelé condition seconde, état que pour la facilité de l'étude on peut appeler l'état B pour l'opposer à l'état A qui est l'état naturel et qu'on peut faire reparaître par certains moyens artificiels, ainsi qu'on le verra un peu plus tard. Cette malade dans l'état où elle est (état B) marche très bien, sans boiter; elle est hystérique et présente des stigmates tels qu'une analgésie superficielle complète; elle n'a pas perdu le sens musculaire, mais le goût, l'odorat sont atteints, et le champ visuel est rétréci.

Si on l'interroge avec un peu d'attention, on voit que ses réponses sont un peu incomplètes sur certains sujets; elle a oublié son âge et ne sait plus où elle a été élevée. Dans cet état elle est un peu engourdie; et bien qu'elle travaille facilement à des ouvrages de broderie, elle écrit difficilement et est incapable de faire la moindre opération arithmétique. Elle est liée d'amitié avec une jeune malade du service avec laquelle elle sort souvent et a été récemment au théâtre voir une pièce dont elle se rappelle assez bien les détails. Tous ces points sont importants à noter pour les comparer avec ce qu'on observera un peu plus tard.

Dans cette condition, et sans qu'on n'ait jamais rien fait pour l'y amener, elle présente tous les caractères de ce que M. Charcot appelle le grand hypnotisme. Si, au moment où elle ne s'y attend pas, on donne un coup de poing sur la table, elle tombe en catalepsie et présente la raideur cireuse de cet état qui permet de lui donner les poses les plus variées qu'elle conserve indéfiniment. On la fait ensuite sortir de cet état cataleptique en lui soufflant sur les yeux. Elle présente aussi ce que M. Charcot appelle la contracture somnambulique, c'est-à-dire qu'en soufflant sur la peau, on détermine une contracture des muscles sous-jacents. Ce caractère, à lui seul, suffirait pour écarter toute idée de simulation, car il est impossible à un sujet normal de reproduire cette contracture.

Les caractères psychiques de cet état B sont aussi exactement ceux que l'on observe dans le somnambulisme obtenu artificiellement. C'est ainsi que la suggestion est des plus faciles chez elle : on la rend ivre en lui persuadant qu'elle boit du champagne dans un verre qui pourtant reste vide; on la ramène à la raison en lui donnant de l'ammo-

---

l'envie de connaître la somme d'efforts dépensée par un pianiste de concert dans l'exercice de ses fonctions, vient de consacrer à la recherche de ce singulier problème tout un long article que publie la *Gazette de Cologne*. M. Neitzel s'est basé, dans ses calculs, sur le poids minimum nécessité pour enfoncer complètement une touche de clavier et il est arrivé à cette conclusion que, pour obtenir un son de la nuance *ppp. leggiero*, c'est-à-dire la plus discrète possible, il fallait une pression de doigt équivalant à 110 grammes : la même nuance *espressivo* nécessite un effort de 200 grammes; on peut ainsi arriver à 3,000 grammes en jouant *fortissimo*. Ces chiffres ne s'appliquent qu'aux sons pris isolément. Pour les accords, le poids réclamé par chaque son dans une nuance déterminée est en raison inverse du nombre de ces sons. Par exemple, si un son exige une pression de 2,000 grammes, quatre sons frappés simultanément ne représenteront ensemble qu'un effort de 5 à 6,000 grammes, au lieu de 8,000. M. Neitzel analyse ensuite, au point de vue spécial de l'effort, quelques fragments d'œuvres connues. Ainsi, il y a certain passage de la Marche funèbre de Chopin où se rencontre toute la gamme des nuances, depuis le *piano pianissimo* jusqu'au *fortissimo* le plus accentué. Ce passage exécuté fidèlement réclame du pianiste un effort de 384 kilos dans l'espace d'une minute et demie. Et c'est la nuance *pianissimo* qui domine! L'étude n° 12 op. 25 du même compositeur renferme un passage qui dure deux minutes cinq secondes et *ne pèse pas moins* de 3,130 kilos. Enfin, selon M. Neitzel, ce n'est pas être hardi que d'affirmer qu'un Rubinstein ou une Carreño abattent leurs *mille quintaux* à l'heure.

Passant du sévère au plaisant, M. Neitzel termine son article par ce propos fantaisiste :

niaque par le même procédé; on lui fait voir un oiseau, un serpent, etc... toutes suggestions qu'on produit très facilement dans le somnambulisme provoqué, mais pour la réalité desquelles on n'a pas de critérium certain, et qui pourraient à la rigueur être l'objet d'une simulation.

Il n'en est pas de même pour la suivante : on lui montre une carte blanche sur laquelle on lui fait voir, par suggestion, une croix rouge, puis à cette carte on substitue une autre carte blanche et sur celle-là elle déclare voir une croix verte, c'est-à-dire la couleur complémentaire du rouge. En multipliant les expériences on lui fait voir de même les autres couleurs complémentaires qu'elle indique avec une parfaite assurance; il est donc impossible d'admettre qu'il ne s'agisse pas chez elle d'une image bien réelle qu'a produite la suggestion, car on ne peut supposer qu'elle connaisse aussi bien la loi du contraste des couleurs.

La suggestion du portrait n'est pas moins intéressante. Sur une carte absolument blanche, mais à l'envers de laquelle on a noté un point de repère, on suggestionne à la malade l'existence d'un portrait; elle le voit bientôt avec tous ses détails et si, après lui avoir pris cette carte, on la lui rend après avoir eu soin de renverser l'image figurée, immédiatement elle la remet dans le sens primitif, et si on met cette carte au milieu d'une série de cartes entièrement semblables, elle la retrouve toujours avec son image figurée. Pour expliquer un pareil fait, il faut admettre une hyperacuité visuelle singulière qui permet à l'œil de saisir dans le papier les moindres défauts qui lui échapperaient à l'état normal et qui font alors corps en quelque sorte avec le portrait supposé en servant de points de repère.

Tous ces caractères étant bien établis, que se passera-t-il chez cette malade si on peut la faire passer à l'état A, c'est-à-dire à l'état normal, à l'état de condition première? Ce passage, qui dans quelques cas se fait spontanément, on peut l'obtenir par une manœuvre très simple qui consiste à la presser avec insistance de se réveiller; il se fait par une très légère attaque hystérique qui passerait très facilement inaperçue, si on ne l'observait pas très attentivement.

Le tableau est alors changé du tout au tout. Dans l'état A, la malade, qui tout à l'heure marchait parfaitement, marche péniblement et est astasique abasique, trouble ambulatoire essentiellement hystérique, ainsi qu'on sait. L'analgésie, au lieu d'être totale, n'est plus que partielle; le champ visuel est modifié; la catalepsie n'est plus possible à déterminer, non plus que la contracture somnambulique.

Au point de vue psychique, la mémoire est revenue, la malade se rappelle tout son

---

« La foi dans l'avenir est assurément permise aux pianistes, car lorsque l'heure de la révolution sociale aura sonné et que l'anarchiste promènera sa torche incendiaire à travers les demeures des riches, il s'arrêtera devant le pianiste et lui dira : Tu seras sauvé ! C'est à la force du poignet, c'est par l'effort de tes muscles, que tu as gagné ton pain : dans mes bras, citoyen pianiste, dans mes bras! »

SIMPLISSIME.

PATE CONTRE L'ACNÉ VULGAIRE. — Isaak.

Résorcine	de 2 gr. 50 à 5	grammes.
Oxyde de zinc pulv. } Amidon pulv. }	ââ 5	—
Vaseline jaune	10	—

F. s. a. une pâte que l'on laisse étalée jour et nuit sur la région où l'acné s'est développée. Si on désire l'enlever pendant le jour, on y réussit à l'aide de l'ouate et de l'huile d'olives; et on saupoudre la peau, pendant ce temps, avec une poudre absorbante inerte

N. G.

passé, les maisons d'éducation où elle a été; elle fait facilement une opération arithmétique. En revanche, elle a complètement oublié ce qui s'est passé dans l'état B. Lorsqu'on lui montre la personne à qui elle faisait tout à l'heure des démonstrations d'amitié, elle la considère comme une étrangère, ne se rappelle nullement avoir été au théâtre avec elle, non plus que la pièce qu'elle a vu jouer. Les suggestions sont devenues impossibles et si on cherche à lui en faire au moyen des cartes de tout à l'heure, on ne fait que l'irriter. Cependant chez elle cet état A ne dure pas longtemps et au bout d'un quart d'heure à vingt minutes elle a une tendance invincible à retomber dans l'état B qui paraît lui être plus agréable et dont on ne la tire pas sans qu'elle proteste. Une fois revenue à cet état B, tous les phénomènes précédents se déroulent de nouveau, en même temps qu'elle oublie entièrement ce qui s'est passé dans l'état A.

Telle est la double condition dans laquelle se trouve cette malade : quant à son histoire antérieure, elle peut se résumer en quelques mots : son père était alcoolique et sujet à de grandes attaques hystériques ou épileptiques; la mère était émotive, un oncle a été aliéné. Elle-même eut une fièvre typhoïde à 15 ans, et quelque temps après, à la suite d'une impression morale très vive, commença à avoir de grandes attaques hystériques. Un jour, sans qu'on puisse bien préciser à quelle époque, on remarqua qu'à certains moments ses allures étaient bizarres et la rendaient toute différente d'elle-même; peu de temps après, il y a un an environ, elle rentra à la Salpêtrière.

Actuellement, elle se réveille généralement le matin dans l'état A, mais, bientôt, passe dans l'état B, où elle reste toute la journée; lorsque vient le soir, elle repasse à l'état A avant de s'endormir. On voit qu'il s'en faut de peu qu'elle ne reste perpétuellement somnambule ou *vigilambule*, suivant l'expression qui a été proposée, car elle n'a nullement l'aspect d'une personne endormie.

Les états de ce genre, si bizarres qu'ils soient, ne sont pas absolument isolés; on en a cité quelques-uns, qui, sans être absolument semblables à celui-là, s'en rapprochent à beaucoup d'égards. M. Charcot a pu en présenter un second cas tout à fait comparable au premier, mais qui jusqu'ici avait été très difficile à étudier, parce qu'on avait pas trouvé de procédé pour faire passer la malade de l'état B à l'état A; ce passage ne se faisait que spontanément et à de rares intervalles; mais depuis que ce procédé a pu être mis en œuvre, son étude est devenue beaucoup plus intéressante.

Il s'agit aussi d'une hystérique, entrée à la Salpêtrière il y a dix ans et qui vit presque constamment dans l'état B depuis 1885. Dans cet état, elle présente une anesthésie générale absolue, et la perte du sens musculaire est si complète chez elle qu'elle s'affaisse aussitot qu'on lui ferme les yeux. Elle a conservé à peu près l'ouïe et l'odorat, mais elle est achromatopsique et ne distingue aucune couleur sauf le rouge, fait, pour le dire en passant, assez fréquent dans l'hystérie chez la femme, mais assez rare chez l'homme. Elle a en outre des attaques d'hystérie de temps en temps, mais beaucoup moins fortes et moins fréquentes qu'autrefois.

Cette malade dans l'état B, son état maintenant habituel, ne sait son nom que parce qu'on le lui a appris de nouveau, car elle ne sait rien de son histoire, ne sait pas où elle est née, ne sait rien de sa famille. Elle se rappelle bien l'Exposition qu'elle a visitée, mais ne se souvient pas des services hospitaliers par lesquels elle a passé avant son entrée ici; ni de tout ce qui s'est passé depuis 1885. Elle a appris à lire, écrire et calculer dans son état B et c'est une jeune malade qui lui a servi d'institutrice; la même personne lui a appris, non sans difficulté, à faire du crochet.

Dans cet état qui, comme chez la précédente malade, a tous les caractères du grand hypnotisme, la catalepsie est provoquée instantanément par un coup de poing sur la table et toutes les suggestions sont des plus faciles à produire. Mais ici, en raison de l'achromatopsie, l'expérience des couleurs complémentaires a un intérêt tout particulier. En effet, comme elle ne sait reconnaître que la couleur rouge, on lui fait voir par suggestion une croix rouge sur une carte blanche; quand on substitue à cette carte une autre carte blanche elle y voit immédiatement une croix verte, complémentaire du rouge, et pourtant si à ce moment on lui montre du vert véritable, en raison de son achromatopsie, elle n'en reconnaît pas la couleur. Ainsi cette malade ne peut voir le vert que sous forme d'une couleur complémentaire et consécutivement à une suggestion.

Tels sont les principaux caractères présentés par cette malade dans l'état B. On arrive maintenant à la faire passer dans l'état A par nne sorte d'objurgation, et la transition se fait encore par une attaque hystérique ébauchée, mais un peu plus forte que dans le cas précédent. Elle se reporte alors immédiatement cinq années en arrière et les cinq dernières années disparaissent complètement de son existence; sa vie s'est arrêtée en 1885, moment où elle est passée dans l'état B et elle donne alors tous les détails sur le lieu de sa naissance, sur ses parents, sur les services dans lesquels elle est passée autrefois, reconnaît le médecin d'un de ces services qu'elle n'a pas vu depuis cette époque et que tout à l'heure elle avait devant elle sans le reconnaître étant en état B. Elle se rappelle aussi les noms et les visages du personnel de la Salpêtrière de ce moment, mais ne reconnaît pas celui qui y est actuellement et qu'elle voit tous les jours. La malade qui lui sert d'institutrice lui est bien connue, mais elle pense qu'elle n'est à la Salpêtrière que depuis un mois, et en effet lorsqu'elle s'est endormie en 1885, il n'y avait qu'un mois que cette malade était entrée dans le service. Mais, de plus, en même temps qu'elle a oublié son institutrice, elle a oublié tout ce qu'elle lui avait appris, et elle ne sait plus ni lire, ni écrire, ni compter, ni travailler à l'aiguille; tout ce qu'elle a appris dans l'état B a disparu de son cerveau et elle est revenue à son état normal d'autrefois, l'état A, dans lequel elle ne savait ni lire, ni écrire. Elle a oublié aussi et l'Exposition et la tour Eiffel dont elle parlait tout à l'heure, en un mot toute cette phase de sa vie qui s'est écoulée depuis 1885.

En outre, elle n'est plus achromatopsique que de l'œil droit; de l'œil gauche, elle reconnaît toutes les couleurs; la sensibilité qui était complètement disparue, dans presque tous ses modes, est revenue du côté droit et elle peut se tenir debout les yeux fermés.

Enfin, on ne peut plus produire ni catalepsie, ni suggestion. Dans cet état A cependant, il est bien remarquable que certaines suggestions de tout à l'heure persistent : c'est ainsi qu'on lui a fait voir par suggestion sur la tête d'un des élèves du service un casque surmonté d'une plume rouge : or, aussi bien dans l'état A, que lorsqu'elle est revenue à l'état B, cette suggestion persiste et elle ne peut se tourner du côté de cette personne sans se mettre à rire, en la voyant si ridiculement accoutrée. Tout cela s'est fait instantanément.

L'état A, d'ailleurs, ne dure pas longtemps chez elle et au bout d'un quart d'heure environ, elle repasse dans l'état B à la suite d'une petite attaque d'une durée de quelques secondes. Alors tous les phénomènes que l'on observait tout à l'heure se reproduisent instantanément aussi; elle sait de nouveau lire, écrire et travailler, reconnaît les personnes du service actuel, est suggestionnable, cataleptisable, etc... Mais tout ce qui est antérieur à 1885 disparaît de son esprit.

Il est à noter aussi que, ainsi que cela se passait chez la précédente malade, celle-ci résiste lorsqu'on veut la faire passer de l'état B à l'état A; elle paraît se complaire dans la première de ces conditions. Cet état exceptionnel est devenu en quelque sorte normal chez elle, car, depuis cinq ans, elle n'en est sortie spontanément que très rarement.

L'histoire de cette malade est à peu près calquée sur celle de la première et c'est à la suite d'une série d'attaques violentes qu'elle est passée dans l'état de condition seconde en 1885. Ce sont des cas extrêmement curieux, car ils sont simples et relativement faciles à étudier, mais il en existe de beaucoup plus complexes.

BIBLIOTHÈQUE

L'ART DE SOIGNER LES ENFANTS MALADES, GUIDE HYGIÉNIQUE DES MÈRES,
par le docteur E. PÉRIER.

L'excellent petit livre dont le titre précède mérite une attention toute particulière, car le sujet qu'il traite est, au point de vue de l'humanité, d'un vif intérêt, et notre confrère l'a écrit avec son expérience et son cœur. Voici, d'après l'auteur lui-même, un exposé sommaire des enseignements qu'il offre aux mères de famille : « Indiquer le rôle des mères et de leurs auxiliaires (garde-malades, domestiques) dans les maladies des

enfants; montrer comment le petit malade doit être installé dans son lit, comment sa chambre doit être disposée, ventilée, chauffée, éclairée et désinfectée après une maladie contagieuse; diriger les mères dans le choix de quelques médicaments qu'elles doivent avoir à la maison et dans l'emploi judicieux qu'elles en pourront faire en cas d'indisposition ou de maladie; décrire avec minutie les petits soins que comporte un enfant malade : propreté, changement de linge, administration des médicaments, etc.; fixer le régime pendant la maladie et pendant la convalescence; enfin, montrer comment on peut préserver les enfants des maladies contagieuses accidentelles ou constitutionnelles par une application convenable de l'hygiène. Tel est le programme que l'auteur de ce livre a tenté de remplir. » Or, tout cela est bien dit, avec l'appui de la science, en termes clairs et précis, tout à fait à la portée des mères. On y saisit avec plaisir cette pensée que le médecin n'est pas seulement destiné à soigner les malades, mais aussi « à présider à l'édification de ce corps qui sera toute la vie ce qu'on l'aura fait dans ses premiers ans ». En effet, là est en grande partie l'avenir de la société humaine. Cette doctrine, profondément vraie, se trouve renfermée d'une manière charmante dans cette phrase du poète anglais Wordsworth citée par l'auteur : « L'enfant est le père de l'homme. » Que de préjugés seraient détruits, au grand avantage des populations, si les mères lisaient le livre de M. le docteur E. Périer au lieu de mauvaises petites brochures que nous connaissons et qui sont écrites dans les arrière-boutiques des charlatans; au lieu de garder dans leurs cervelles une foule d'idées fausses et nuisibles que leur a transmises une éducation rétrograde, et qu'elles conservent et pratiquent religieusement pour en bourrer à leur tour la tête de leurs descendants ! — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

SOMMAIRE : *De l'œdème rhumatismal chronique.*

M. DESNOS : L'œdème rhumatismal est une maladie rare, peu connue et très souvent méconnue; aussi possède-t-on sur elle bien peu de documents. En 1872, M. Verneuil a cependant décrit le « pseudo-lipome sus-claviculaire » des rhumatisants, et, depuis cette époque, MM. Potain, Troisier, Chuffard (thèse d'agrégation, 1886) ont étudié ces manifestations rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané. Ils ont établi que le pseudo-lipome sous-cutané n'avait pas pour siège unique la région sus-claviculaire, mais qu'il pouvait aussi se montrer au cou, à la poitrine, dans la région occipitale, au bras, à l'avant-bras, à la main (surtout à la face dorsale : main à fossettes), au membre inférieur, où son développement est quelquefois considérable. On peut aussi rapprocher de l'œdème rhumatismal chronique ces bosses craniennes liées à l'arthritisme (goutte ou rhumatisme) que Troisier a bien décrites.

L'œdème rhumatismal est dur; il est ordinairement impossible d'y produire la cupule caractéristique, même par une forte pression; au voisinage des pseudo-lipomes sous-cutanés le tissu cellulaire est cependant moins tendu, et la pression du doigt laisse facilement une empreinte. A la palpation, on a la sensation d'un lipome ou plutôt celle du myxœdème. La coloration de la peau sus-jacente est normale. Quelquefois, à côté de portions très indurées, on trouve un œdème plus ou moins mou. Potain pense que cet œdème mou est dû à une infiltration séreuse dans les mailles du tissu cellulaire qui entoure le tissu cellulo-adipeux, tandis que ce tissu cellulo-adipeux serait lui-même infiltré dans les points où l'œdème est dur.

Quelle que soit sa durée, l'œdème rhumatismal est une maladie chronique, tantôt précédant les autres manifestations de l'arthritisme, tantôt les suivant, tantôt enfin coïncidant avec elles; quelquefois il est la manifestation unique de la diathèse, mais on trouve alors sa raison d'être dans les antécédents héréditaires du malade, surtout dans la ligne maternelle.

Certains états névropathiques, les émotions vives, le froid, diverses influences réflexes sont des causes déterminantes très puissantes; les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

Le diagnostic ne peut guère s'établir que par exclusion; il devient tout à fait sûr si l'on retrouve des stigmates héréditaires ou personnels de la diathèse rhumatismale. Il est facile de distinguer l'œdème rhumatismal de l'œdème des affections cardiaques ou rénales; la phlegmatia alba dolens, l'anasarque *a frigore* prêteront difficilement à confusion; de même le sclérème des nouveau-nés, qu'il ne faut citer que pour mémoire. Le myxœdème se rapproche beaucoup de l'œdème rhumatismal; mais l'aspect caractéristique du malade, l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles et surtout l'atrophie de son corps thyroïde permettront d'éviter l'erreur. Celle-ci est encore possible avec l'éléphantiasis des Arabes. Ordinairement, il est vrai, cette affection est unilatérale et s'accompagne d'adénopathies et de cordons lymphatiques indurés. Mais l'éléphantiasis peut être double, les cordons durs et les ganglions peuvent manquer, surtout dans l'éléphantiasis de nos pays. Le diagnostic devient alors très délicat, d'autant plus que les crises douloureuses de l'éléphantiasis peuvent simuler les douleurs rhumatismales.

Tel est l'œdème rhumatismal chronique. M. Desnos en a observé plusieurs cas. Dans le plus récent, il s'agit d'une femme de 63 ans qui, depuis plusieurs années, a eu des crises de rhumatisme. Quand elle entra à l'hôpital, en juillet dernier, ses mains présentaient les déformations typiques du rhumatisme noueux; elle avait de la sclérodactylie; les mouvements de la tète, de la mâchoire, des mains étaient très difficiles; aux pieds, les déformations étaient caractéristiques. De plus, il y avait un œdème prononcé des pieds, des jambes et des genoux, plus considérable à gauche qu'à droite, des nodosités sous-cutanés le long du bord cubital des avant-bras, enfin un pseudo-lipome dans chaque creux sus-claviculaire. Le diagnostic était ici assez facile.

Chez cette malade, les douleurs avaient jusqu'alors résisté à tous les traitements. On employa alors les boues de Dax réchauffées, en applications prolongées. Ce traitement fut continué pendant vingt-cinq jours, et donna des résultats satisfaisants. Aujourd'hui, en effet, la malade ne souffre presque plus, les mouvements sont redevenus possibles dans plusieurs articulations, l'œdème a considérablement diminué, les pseudolipomes sus-claviculaires ont disparu.

De quelques nouvelles médications.

Uréthrite, emploi du permanganate de zinc (*Le Scalpel*, 1890).

Le permanganate de zinc se présente sous forme de cristaux très hygroscopiques, facilement solubles dans l'eau, ressemblant au permanganate de potasse. Berkeley Hill s'en est servi avec succès, des années entières, pour le traitement des uréthrites, surtout de formes aiguës. Ce qui fait surtout sa supériorité, c'est que son usage, même prolongé, ne provoque pas d'irritation de la muqueuse uréthrale. Il est à recommander de n'employer jamais de solutions concentrées, mais de prescrire la formule suivante :

Permanganate de zinc..........................	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée..	200 grammes.

N. B. — Ne jamais donner des préparations où il entre de l'alcool, des extraits végétaux, etc., le permanganate de zinc formant avec ces substances des matières éminemment explosives. — P. N.

Grippe, emploi de la salicine (*Le Scalpel*, 1890).

T.-S. Maclagan rapporte 9 cas de grippe épidémique (influenza) traités avec succès par la salicine. Il prescrit le médicament d'abord toutes les heures, à la dose de 1 gr. 20 — 2 gr. 40, répétée troix à six fois par jour, et plus tard à deux heures d'intervalle et même à des intervalles plus espacés encore. Les résultats furent très satisfaisants et rapides ; la chute de la température jusqu'à la normale survient en peu de temps, et la

convalescence commence vingt-quatre heures et parfois même douze heures après l'institution du traitement. Pas de phénomène secondaire fâcheux. La guérison est durable.

P. N.

COURRIER

Comité consultatif d'hygiène publique. — Pendant le mois de janvier il y a eu à Marseille 87 décès causés par la variole. A Beaune une épidémie de scarlatine s'est produite. A Cherbourg 19 décès causés par la fièvre typhoïde, dont 18 parmi les soldats de la marine; à Dunkerque 6 cas de fièvre typhoïde. Les mesures prescrites par le comité ont été appliquées.

M. Proust fait ensuite l'historique d'une épidémie de grippe infectieuse qui a sévi à Marseille, dans une maison, et à un seul étage de cette maison. Il y a eu sept malades; trois d'entre eux sont morts. Un des membres de la famille, qui s'était fait transporter à l'hôpital de la Conception, a communiqué la maladie à un infirmier, qui a guéri.

M. Proust rappelle, à ce sujet, une épidémie analogue qui s'est produite en 1866, à l'hôpital de la Pitié, à Paris. Il y a eu six malades, quatre occupant la salle depuis quelque temps, un infirmier et un externe.

Les six malades ont succombé à des pneumonies infectieuses.

M. Proust expose ensuite l'état sanitaire à l'étranger.

En Syrie, le choléra qui régnait depuis plusieurs mois semble avoir disparu depuis le 22 janvier. Des patentes nettes sont délivrées aux navires partant des ports de Syrie.

Au Japon, l'épidémie de choléra paraît également éteinte.

La fièvre jaune est signalée à l'embouchure du Niger. Les Compagnies de navigation ont été préservées.

— M. le docteur Laborde est nommé directeur du laboratoire d'anthropologie à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Mathias-Duval, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Edouard Chantre est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation et le fonctionnement des policliniques.

— Le lundi 16 mars 1891, à trois heures du soir, un nouveau concours sera ouvert pour sept places d'élèves externes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux civils de Marseille.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Dialogue de fin d'année. — Est-ce qu'une émotion, à cette période de ma maladie, pourrait me donner une rechute, docteur? — Oui, et une très sérieuse. — En ce cas, je vous prierai, docteur, de vouloir bien vous rappeler ce fait important en rédigeant ma note. (*The medical Record.*)

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Une commune de consanguins.

Malgré l'uniformité administrative qui a placé sous le même régime politique toutes les communes du territoire français, il est cependant des agglomérations qui gardent une physionomie spéciale et forment, pour ainsi dire, des petites républiques dans la grande. La commune de Fort-Mardick, située près de Dunkerque, que viennent d'étudier, au point de vue démographique et médical, les docteurs Louis et Gustave Lancry, est une de ces communes qui ont conservé une certaine autonomie.

Fondé en 1670 par quatre familles picardes auxquelles le roi Louis XIV avait fait une concession de terre qui ne fut, du reste, ratifiée qu'en 1773, Fort-Mardick, dont la population vit exclusivement de la pêche, se développa assez bien, malgré quelques vicissitudes. Le recensement de 1886 y trouva 1,481 habitants. Les habitants, qui vivent isolés de ceux des communes environnantes, jouissent toujours de la concession de 125 hectares de terre qui leur avait été faite par Louis XIV. La commune concède deux quartiers de terre, soit 22 ares, à titre d'usufruit, plus une place à la côte pour la pêche au filet, à tout nouveau couple qui s'établit à Fort-Mardick dans des conditions déterminées. Il faut, en effet, que l'un des conjoints soit né dans la commune et que le mari soit marin classé, c'est-à-dire inscrit au registre de l'inscription maritime. Chaque ménage a un lopin de terre qu'il peut louer, mais non vendre, dont il est simplement usufruitier, et sur lequel il bâtit son habitation, qui est entourée d'un petit jardin. Aussi le village a-t-il un aspect tout spécial, se composant en entier, sauf la mairie, l'église et l'école (ces deux dernières bâties dès 1860, grâce à des souscriptions volontaires des habitants), de petites maisonnettes extrêmement propres, éparpillées pêle-mêle et entourées chacune d'un terrain clos de haies vives. A part deux routes, il n'y a ni rues, ni chemins tracés. Les terres de la concession qui ne sont pas données à des habitants sont louées et le revenu en est affecté, par le Conseil municipal, aux besoins de la commune, qui dispose ainsi chaque année d'une somme de 5,000 fr.; une bonne partie de cette somme sert à secourir les familles nécessiteuses, la pauvreté étant bien souvent amenée par les sinistres de mer.

A Fort-Mardick, la natalité générale est de 43 p. 1,000 habitants. La natalité générale de la France est de 23,5, celle du Finistère de 34,3 et celle de Coudekerque-Brancke (près Dunkerque) de 49,3. Cette dernière natalité est la plus forte de la France, et on voit que celle du village dont nous nous occupons en est fort près. La natalité utile est surtout importante à connaître, tandis qu'à Fort-Mardick elle est de 33, à Dunkerque elle s'abaisse à 19. Cent naissances d'enfants vivants donnent à Fort-Mardick

74 enfants qui arrivent à l'âge adulte (20 ans); pour toute la France, il n'en arrive à cet âge que 62 p. 100 et à Dunkerque que 54 p. 100. La population de la commune paraît se doubler en trente années, et ce doublement dépend exclusivement de la natalité, car beaucoup de jeunes filles du village vont se marier au dehors, ce qui compense le faible mouvement d'immigration.

La consanguinité crée-t-elle, par le seul fait du non-renouvellement de sang, une cause spéciale de dégradation organique fatale à la propagation de l'espèce (Dechambre)? La commune de Fort-Mardick a servi à MM. Louis et Gustave Lancry pour résoudre la question.

Quatre familles constituaient, à l'origine, la population de Fort-Mardick. Comme les populations voisines n'étaient ni de même race ni de même langue (Flandres), il est certain que les mariages consanguins durent d'abord être très nombreux. La preuve en est fournie par ce fait que, d'une part, tout le monde, dans le village, parle le patois artésien et que, de l'autre, on y rencontre extrêmement peu de noms propres. Sur un total de 300 et quelques familles, on trouve, par exemple, 38 Everard, dont 9 Evererd-Everard; 36 Hars; 27 Zoonekindt; 24 Bénard, etc. Aussi l'usage des sobriquets s'impose-t-il.

Les choses étant ainsi, si la consanguinité avait les effets désastreux qu'on lui attribue, il est certain que la population présenterait beaucoup d'infirmes.

De 1882 à 1886, il y a eu 273 mariages donnant 260 ménages établis dans le pays. Ces 260 mariages ont fourni 63 mariages consanguins, soit 1 mariage consanguin sur 4,1 mariages, soit plus de 24 p. 100 mariages consanguins. Cette proportion est énorme, puisqu'en France il y a à peine 3 mariages consanguins pour 100. Ces 63 mariages se décomposent de la façon suivante :

26 mariages entre cousins germains.
23 mariages entre issus de germains.
3 mariages entre germains et issus de germains.
11 mariages entre enfants d'issus de germains.

Enfin, de ces 63 mariages, 15 sont des alliances consanguines superposées.

Voici les résultats de l'enquête faite dans chaque ménage :

Dans deux des familles où il y a eu mariage entre des cousins germains et où les conjoints ont paru absolument sains, on a trouvé chez les enfants, ici, un cas de surdi-mutité, là, un cas d'idiotie... et c'est tout. Le cas de surdi-mutité est offert par un garçon devenu sourd-muet à l'âge de 3 ans; avant cet âge, il parlait. Son intelligence est normalement développée et il fait la grande pêche. Le cas d'idiotie est indéniable; mais, vers le troisième mois de la grossesse, la mère a failli périr dans un accident d'où elle est sortie grièvement blessée, et ce choc émotionnel pendant la gestation peut suffire à expliquer la production de l'idiotie.

Même en admettant que le fait ne puisse être expliqué, on ne pourrait guère accuser la consanguinité, mais bien plutôt un vice constitutionnel existant chez les parents à l'état latent et que la consanguinité aura fait éclater en l'exagérant. En fait, la consanguinité n'a pas d'effets nocifs dans les races pures, dans les races fortes; mais, dans la population des villes, chez laquelle la diathèse héréditaire existe, les unions consanguines mul-

tiplient le vice familial. « A milieu sain, consanguinité saine; à milieu morbide, consanguinité morbide. »

MM. Lancry ont encore cherché à savoir si la consanguinité était une cause de stérilité. Sur les 260 ménages fixés à Fort-Mardick de 1882 à 1886, 63, on l'a déjà vu, résultaient de mariages consanguins. Les 260 ménages désirent tous avoir des enfants, on peut l'affirmer. Or, parmi eux, on compte :

11 familles où les deux époux sont vivants, bien portants, et dont la fécondité est limitée à un seul enfant.

25 familles dont les époux sont vivants, bien portants, et qui sont stériles.

En rapportant ces chiffres au total des ménages, nous trouvons le tant pour 100 suivant :

A. — 4,3 ménages à 1 enfant p. 100.
10,4 ménages stériles.

Ce dernier chiffre, disent MM. Lancry, n'est-il pas énorme, étant données les conditions spéciales à Fort-Mardick, où tout le monde se porte bien, où tout le monde regrette la stérilité, où les causes économiques morales, qui ailleurs font dévier la natalité, soit en la restreignant, soit même en la supprimant, n'existent pas?

Si l'on étudie les chiffres de plus prêt, on voit que, sur les 11 familles qui n'ont pas d'enfants, 6 correspondent aux 197 mariages non consanguins et 5 aux 63 mariages consanguins, ce qui, exprimé en tant p. 100, donne :

B. — 3 familles non consanguines p. 100 à un seul enfant.
7,95 familles consanguines p. 100 à un seul enfant.

D'autre part : 25 familles sur 260 sont stériles, et sur ces 25 familles 15 correspondent aux 197 mariages non consanguins et 10 aux 63 mariages consanguins, ce qui donne :

C. — 7,5 familles stériles, non consanguines, p. 100.
16 familles stériles, consanguines, p. 100.

Si maintenant l'on cherche l'influence des différents degrés de consanguinité sur la stérilité, on trouve que les 10 familles consanguines stériles se décomposent ainsi :

(1) 5 au deuxième degré (cousins germains).
5 à un degré plus éloigné.

Que, d'autre part, les 63 mariages consanguins célébrés de 1882 à 1886 se décomposent de la façon suivante :

(2) 26 au deuxième degré.
37 à un degré plus éloigné.

Et le rapprochement des données (1) et (2) permet d'établir la proportion suivante :

D. — 13,5 p. 100 de mariages stériles, avec consanguinité au delà du deuxième degré (3 sont de germains et au delà).
19,2 p. 100 de mariages stériles, avec consanguinité au deuxième degré (cousins germains).

Si l'on compare les tableaux les uns aux autres, on voit que tous les chiffres parlent dans le même sens et montrent une stérilité de plus en plus

marquée à mesure qu'on serre de plus près la consanguinité. Cette dernière est donc, dans les unions, une cause de stérilité.

MM. Lancry, se basant sur leurs recherches et sur les travaux antérieurs, admettent que :

1° Le non-renouvellement du sang chez les époux tend à rendre leurs unions stériles, mais reste sans influence sur les enfants qu'ils peuvent procréer ;

2° En fait, les mariages entre parents donnent plus souvent que les mariages entre étrangers des produits défectueux; mais ces résultats sont dus, non pas au non-renouvellement du sang, mais à l'addition chez les produits, par l'hérédité, des tares diathésiques semblables qui affectent les générateurs.

Les études de statistique locale, telles que celle dont nous venons de faire l'analyse, sont souvent plus utiles que les grandes statistiques. Les chiffres qu'elles fournissent sont beaucoup plus sûrs, étant attentivement contrôlés, et il est permis d'en tirer des conclusions souvent plus certaines. Il est à souhaiter qu'un grand nombre de nos confrères de province imitent l'exemple de MM. Lancry et publient des travaux du même genre, qui ne peuvent être que très utiles pour la solution des grands problèmes d'hygiène sociale qui occupent à si juste titre l'opinion publique.

B. Martin.

REVUE DES CLINIQUES

Du froid et du chaud en thérapeutique oculaire, par H. Truc (1). — Messieurs, vous me voyez journellement, à la clinique, faire usage thérapeutique du froid et du chaud et en obtenir d'assez bons résultats.

Je vais essayer de vous en donner la raison, d'établir les indications et contre-indications respectives du froid et du chaud en oculistique.

Cette étude vous offrira quelque utilité, car elle résume les données éparses dans les auteurs et donne les notions nécessaires pour la pratique.

Du chaud. — L'emploi de la chaleur en oculistique est très ancien. Le peuple emploie volontiers, dans les ophthalmies, les instillations directes du lait de femme et, qui pis est, les lotions avec l'urine, source possible de redoutables infections.

Hippocrate, Celse, etc., chez les anciens, en sont partisans convaincus :

« L'eau chaude, dit le père de la médecine, adoucit l'acrimonie des larmes; elle convient aux yeux lorsqu'ils sont attaqués de suppuration, de douleur, d'un écoulement de larmes mordantes et, en général, dans toutes les affections de ces organes qui viennent de sécheresse. » On ne dira guère mieux en plus de mots.

Ambroise Paré conseille d'appliquer les remèdes sur « l'œil et autour d'iceluy » et ajoute d'une manière plus générale qu'ils « n'auront de puissance de calmer la douleur qu'autant qu'ils seront chauds. »

Plus tard, Scarpa, Guicelin, etc., vantèrent l'eau chaude en particulier dans l'ulcère à hypopyon.

Demours, Rognetta, Ware en conseillent l'emploi dans les abcès de la cornée, les conjonctivites, le blépharospasme, etc.

Enfin, Mackenzie, Jacobson, Louis et de Græfe surtout en posent les diverses indications.

Ils préconisent l'eau chaude dans les infiltrations asthéniques de la cornée, les abcès, les kératites parenchymateuses, les ulcères atoniques, les traumatismes avec tendance à la nécrose cornéenne.

(1) *Gazette hebdomadaire de Montpellier*, 1891.

Mooren l'indique dans les iritis aiguës et Panas dans les iritis torpides.

Les compresses, les fumigations sont d'abord usitées, puis viennent les douches, les pulvérisations avec divers appareils.

Rava, Laurenço, Fonsecra, Freyer et la plupart des oculistes actuels font usage de la chaleur dans les conjonctivites, les kératites, les iritis, etc.

Malades et médecins ont donc de tout temps employé la chaleur dans le traitement des ophthalmies, mais c'est surtout de nos jours que ses modes d'application ont été perfectionnés et son action convenablement élucidée.

La chaleur excessive détermine sur la région oculaire comme ailleurs la brûlure et la destruction; de 35 à 55° elle est supportée et provoque de simples modifications nutritives et vasculaires. La calorification thérapeutique va donc de 35 à 55°.

Modes d'application. — La chaleur est sèche ou humide.

La chaleur sèche est peu usitée et d'un emploi difficile. On a toutefois pu maintenir sur l'œil des plaques chaudes ou établir des disques creux constitués par de petits tubes que traverse un courant d'eau chaude.

La chaleur humide est ordinairement préférée. Elle comprend les cataplasmes, les compresses ou tampons, les bains, les irrigations, les fumigations, les pulvérisations, les vaporisations.

Les cataplasmes sont plus ou moins chauds.

Les compresses ou tampons sont constitués par des morceaux de linge ou d'ouate hydrophile que l'on applique sur l'œil. Les compresses sont trempées toutes les cinq minutes dans le liquide chaud, puis réappliquées. Les tampons sont humectés sur place et semblent préférables. Dans les deux cas, il est bon de recouvrir le tout avec un morceau de taffetas gommé qui conserve la chaleur et l'humidité.

Les bains se prennent dans une œillère, un coquetier, etc.

Les irrigations varient beaucoup suivant qu'on les pratique avec un appareil à siphon, avec une poire en caoutchouc, avec de la ouate pressée, etc. Elles sont incommodes et utiles seulement comme détersives.

Les fumigations se font de diverses manières. On peut envelopper la tête d'une couverture et recevoir les vapeurs sur tout le visage ou bien limiter l'orifice de dégagement et y appliquer un œil ou les deux yeux.

Demours, à cet effet, se servait d'un entonnoir dont la partie évasée recouvrait le récipient d'eau chaude et dont le tuyau correspondait à l'œil.

Les fumigations comportent le plus souvent des aromates.

Les vaporisations sont pratiquées avec des appareils à main analogues à ceux de Richardson ou avec des appareils à vapeur tels que celui de Laurenço.

L'appareil de Laurenço se compose de trois parties : une lampe à alcool, une chaudière et un récipient en verre. La lampe est sous la chaudière, et celle-ci s'abouche au récipient par un tube à angle droit qui présente à son sommet un double dégagement où le liquide est pulvérisé et horizontalement projeté par la vapeur de la chaudière.

Quand le tube du récipient est au contact de celui de la chaudière, il y a pulvérisation du liquide du récipent et vaporisation de celui de la chaudière. Dans tous les cas, la vapeur projetée est d'autant plus chaude qu'on se rapproche de l'orifice des tubes et d'autant plus froide qu'on s'en éloigne.

Des appareils analogues sont journellement employés.

Les liquides employés sont de l'eau simple, des eaux distillées, des eaux médicamenteuses, infusions, décoctions, solutions antiseptiques, etc.

Action physiologique. — L'action physiologique de la chaleur, sur l'œil comme sur les autres organes, n'est pas parfaitement indiquée. On a d'abord pensé qu'elle relâchait les tissus et dilatait les vaisseaux, mais on n'a pas tardé à constater que ses effets sont plus complexes.

Elle agit sur les vaisseaux et produit d'abord de la contraction, puis de la dilatation. Hastings, dès 1835, avait remarqué que l'eau à 42° faisait contracter les vaisseaux et accélérait la circulation. Murray, d'Edimbourg, a vu qu'elle provoquait la contraction vasculaire à 45° et la dilatation à 35°.

Elle agit sur la fibre musculaire comme sur les vaisseaux, et l'on sait que les accou-

cheurs et les gynécologues emploient volontiers pour l'hémostase utérine l'eau de 35 à 55°.

La chaleur, en outre, agit non seulement sur le point d'application, mais encore dans les parties voisines et sous-jacentes, quoique les téguments ne soient pas très bons conducteurs du calorique.

Dans toute la région actionnée, la vascularisation est d'abord ralentie, puis excitée; la réaction se fait dans le sens de la contraction vasculaire. Il suffit que la température, élevée d'abord, soit ensuite baissée pour que cette réaction se produise. De 50 à 45°, par exemple, la contraction vasculaire succède à la dilatation; de 50 à 25°, elle est portée au maximum.

Il semble que cette action soit le fait des vaso-moteurs, et cependant on l'aurait observée après la section de ces nerfs.

La chaleur est émolliente, calmante et antiphlogistique.

Elle relâche, en effet, les tissus et augmente leur souplesse; elle diminue la douleur; elle excite la nutrition locale et favorise l'élimination des produits morbides.

A l'action physiologique de la chaleur s'ajoute celle des agents auxquels elle est associée.

Action thérapeutique. — La chaleur humide agit sur l'inflammation et la réparation des tissus oculaires.

Elle diminue la douleur, la rougeur, les sécrétions morbides; elle active la nutrition locale, favorise l'élimination des éléments de déchets et excite le développement microbien.

La douleur, faible dans les conjonctivites et les blépharites, est plus ou moins forte dans les kératites et surtout dans les iritis; la chaleur l'atténue rapidement. Elle agit aussi favorablement dans les suppurations palpébrales ou cornéennes en facilitant l'ouverture des collections purulentes et leur détersion. Elle est encore avantageuse dans le blépharospasme. Les sécrétions morbides sont éliminées surtout par la douche et les irrigations, et les tissus sous-jacents, activés dans leur circulation, se réparent plus aisément. En préparations ou douches, elle produit encore des effets de massage et d'hydrothérapie.

Cette action générale de la chaleur humide est nécessairement limitée aux annexes et au segment antérieur de l'œil, aux parties du moins dont le système vasculo-nerveux émerge en avant de l'œil; les parties profondes sont un peu en dehors de son influence.

Les affections palpébrales, lacrymales, conjonctivales, kératiques et iriennes relèvent seules de cette thérapeutique.

Examinons-les successivement.

Affections lacrymales. — Relevant de troubles mécaniques des voies lacrymales, sécrétions, rétrécissements, etc., elles ne sont influencées par la chaleur que dans leurs manifestations phlegmoneuses des conduits ou leurs complications kérato-conjonctivales. Les cataplasmes, les irrigations, les douches seront parfois indiqués.

Affections palpébrales. — Simples ou compliquées, elles sont très amendées par les cataplasmes, les tampons et les douches. Qu'il s'agisse de blépharites glandulo-ciliaires avec tuméfaction marginale ou de blépharites pustuleuses avec chalazions, etc., l'inflammation diminue rapidement. Dans certains cas chroniques, l'action mécanique et vitale de la douche amène une amélioration progressive.

Affections conjonctivales. — Les conjonctivites simples, granuleuses, catarrhales, purulentes, pseudo-membraneuses se trouvent bien de la chaleur humide, tampons chauds, irrigations ou douches. C'est surtout à la période aiguë que son action est le plus manifeste. La rougeur, le gonflement, la douleur tombent rapidement.

Parmi toutes les conjonctivites, la forme phlycténulaire est celle où l'amélioration est la plus constante et la plus manifeste.

Affections cornéennes. — La chaleur humide sera surtout utile dans les infiltrations aiguës de la cornée et dans les ulcérations consécutives pour calmer la douleur, hâter la résolution et préparer la réparation.

Dans les ulcères, elle facilite la résistance des tissus; dans les hypopyons, elle accélère la résorption purulente; enfin, dans tous les cas où la cornée est menacée dans sa

nutrition, dans tous ceux où la réparation doit se produire, la chaleur humide est favorable.

Les kératites phlycténulaires, serpigineuses, les ulcères atoniques seront ainsi amendés.

Affections iriennes. — Caractérisées ordinairement par de la douleur périorbitaire, la congestion périkératique et des exsudats, la chaleur humide les améliore et favorise notablement l'action des topiques médicamenteux.

Affections suppuratives. — Les blépharites, conjonctivites et kératites suppurées sont amendées par la chaleur humide, en ce sens que la réaction est moins douloureuse, que la détersion et que la réparation sont plus hâtives; il en est de même dans les iritis purulentes ou les panophthalmies en voie d'évolution. Cependant, au début de certaines infections suppuratives, il sera bon d'éviter la chaleur, qui semble favoriser l'infection locale.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les affections oculaires, dans lesquelles la chaleur humide paraît utile, nous voyons que toutes les blépharites, conjonctivites, kératites et iritis présentant de l'écoulement, du gonflement, de la douleur ou des infiltrations interstitielles, réclament la chaleur.

Les cataplasmes, les tampons, les compresses sont indiqués dans les affections avec gonflement, rougeur ou douleur; les irrigations, dans tous les cas où les sécrétions sont abondantes; les douches, quand la vitalité est faible, qu'il existe de la torpeur et qu'il importe de favoriser l'élimination des produits morbides et la réparation des pertes.

Les douches peuvent encore, au point de vue hydrothérapique, être indiquées dans les cas de faiblesse locale ou d'engorgement chronique.

Il est toutefois bien entendu que la chaleur humide dans ces diverses affections est un simple adjuvant thérapeutique et qu'il faut tenir le plus grand compte des liquides employés et des médicaments appropriés à chaque affection oculaire.

Du froid. — Le froid est, comme le chaud, employé de tout temps en thérapeutique oculaire.

Ses indications étaient assez nettement posées par les anciens, puisque Hippocrate, après avoir vanté l'eau chaude dans les ophthalmies douloureuses, ajoute : « L'eau froide convient aux yeux dont la rougeur est exempte de douleur. »

Dans la suite, le froid gagne du terrain, et bon nombre d'affections oculaires catarrhales ou autres subissent les lotions ou les compresses froides. Il en est ainsi jusqu'au milieu de notre siècle. Même à cette époque, en 1847, Chassaignac applique la douche oculaire froide à un grand nombre de maladies des yeux et surtout à l'ophthalmie des nouveau-nés. Avec Mackenzie et de Græfe, on revient généralement à l'eau chaude. De nos jours, le froid, comme le chaud, présente en oculistique des indications relativement nettes.

Le froid en thérapeutique comprend des températures de 0 à 15°. C'est dans ce sens que nous l'entendrons ici.

Modes d'application. — Le froid en thérapeutique a pour vecteur l'eau sous forme de vapeur, de liquide ou de glace.

Les moyens ordinaires sont les cataplasmes, compresses ou tampons, bains, irrigations, pulvérisations, vessies de glace, etc. Ils sont les mêmes que pour le chaud.

Les pulvérisations avec la douche à vapeur sont reçues le plus loin possible de l'orifice de l'appareil; faites avec certains corps volatils comme l'éther, le chlorure de méthyle, elles doivent être discrètes et prudentes ; enfin, si l'on emploie la glace, on la mettra dans une vessie, un condom, un cornet d'ouate suspendu sur l'œil ou au-devant de l'œil, de telle sorte qu'il y ait simple contact et non pression marquée.

On emploiera, suivant le degré désiré, des liquides plus ou moins froids. Ordinairement, on humectera un tampon d'ouate placé sur l'œil avec de l'eau additionnée de morceaux de glace ou bien on installera sur l'œil une vessie ou un cornet ouaté rempli de petits morceaux de glace.

Action physiologique. — En application locale, le froid détermine la contraction des éléments musculaires sous-jacents. Les fibres lisses du derme se contractent, les vaisseaux et les espaces lymphatiques se resserrent, se vident des éléments qu'ils ren-

ferment; il survient une sorte d'horripilation et de contraction qui aboutissent à la pâleur, à l'anémie locale.

Les tissus se tassent, les vaisseaux se contractent, mais cet état ne persiste pas; il survient bientôt une sorte de relâchement.

Les modifications de contraction et de dilatation vasculaires s'observent encore quand on a sectionné les vaso-moteurs.

On sait aussi que cette action frigorifique est pénétrante et rayonnante, c'est-à-dire qu'elle se propage en surface et en profondeur à une distance variable, suivant les régions et la durée et la densité de la réfrigération. Le froid diminue aussi la masse sanguine de la région et en augmente la pression.

Si l'application frigorifique est forte et de courte durée, la contraction vasculaire fait place à la dilatation, l'anémie à l'hyperémie, l'excitation circulatoire à son ralentissement. Si le froid est moins vif, la contraction vasculaire est plus lente et plus faible, et la dilatation consécutive moins marquée. La réaction consécutive au froid se fait dans le sens de la dilatation vasculaire.

Action thérapeutique. — Le froid agit sur l'inflammation et la cicatrisation.

A un degré élevé et après application continue, il calme la douleur, excite la circulation et semble défavorable à l'action microbienne.

Dès que la réaction survient, la circulation se ralentit, les douleurs augmentent et la nutrition languit. Dans les degrés excessifs, on sait que la mortification peut survenir et que la réaction vasculaire passagère peut produire du sphacèle. Les sécrétions morbides sont d'abord diminuées, puis augmentées; la cicatrisation, par suite du ralentissement nutritif, est plus ou moins entravée.

Il semble établi que la vitalité des agents infectieux microbiens soit affaiblie et que le processus suppuratif, en particulier, soit plus ou moins entravé par le froid continu.

L'action générale du froid, action constrictive, anémiante et calmante, tout d'abord dilatatrice, congestive et irritante ensuite, nous donne une idée des principaux avantages de l'eau froide en thérapeutique oculaire et de ses inconvénients.

Toutes les fois que nous aurons des hémorrhagies faibles, du relâchemunt des tissus et pas de douleur, le froid sera utile; il sera nuisible dans le cas contraire. Ses indications sont rares.

Les affections lacrymales, palpébrales, conjonctivales, n'acceptent le froid qu'après certaines actions caustiques ou opératoires ayant déterminé une forte douleur; encore vaut-il mieux employer la cocaïne ou la chaleur et faut-il toujours y revenir dès que la douleur est diminuée.

Les lésions cornéennes et iriennes s'accommodent mal du froid.

Ce n'est guère qu'après les cautérisations cupriques dans l'ophthalmie granuleuse, les attouchements nitratés dans les ophthalmies purulentes et après l'opération de la cataracte que nous usons de l'eau froide.

Les suppurations demandent toutefois l'eau froide à moins qu'elles ne constituent un mode de terminaison acceptée et inévitable, auquel cas la chaleur est plus agréable.

Nous employons le froid et même la glace lorsque nous craignons, après une opération de cataracte, des complications suppuratives d'origine lacrymale ou bien lorsque nous sommes en présence d'une infiltration cornéenne post-opératoire. La glace en permanence vient alors utilement en aide aux moyens plus actifs qu'il convient d'employer; la permanence est nécessaire si l'on veut éviter une réaction congestive et douloureuse, et elle est parfaitement tolérée. Dans plusieurs cas, j'ai observé d'excellents résultats. Dès qu'il ne s'agit pas d'arrêter un processus infectieux, mais d'aider le processus réparateur, la chaleur reprend tous ses droits.

Dans certaines ophthalmies suppurantes, blennorrhagiques surtout, les moyens antiseptiques spéciaux sont supérieurs à ceux de la réfrigération, et il importe surtout de favoriser la nutrition cornéenne; la chaleur est donc indiquée, mais on peut parfois, au début, user longuement de l'eau froide en irrigations ou en pulvérisations.

Les véritables indications du froid sont donc la menace d'infection, de suppuration et la diminution de la douleur ou de l'irritabilité locale après certaines opérations ou quelques pansements spéciaux. Encore faut-il continuer les applications froides un cer-

tain temps et à un degré suffisant pour éviter une réaction qui irait à l'encontre du but que l'on veut atteindre.

Il résulte des considérations précédentes que le chaud et le froid ont, en thérapeutique oculaire comme en chirurgie générale, des avantages et des inconvénents et présentent des indications et des contre-indications; que la chaleur et le froid agissent également sur les vaisseaux en produisant de la dilatation et de la contraction, la chaleur aboutissant à la décongestion et le froid à la congestion; que la chaleur et le froid agissent en raison directe de leur degré, de leur étendue et de leur durée d'application.

On peut conclure que la menace de la suppuration et la douleur opératoire sont les indications essentielles du froid, tandis que, dans toutes les autres conditions, dans toutes les autres affections blépharíques, lacrymales, conjonctivales, kératiques et surtout iriennes, la chaleur, surtout la chaleur humide, doit être préférée.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par Henri Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine et médecin honoraire des hôpitaux de Lyon. T. Ier. — Paris, F. Savy, 1891.

Décidément on travaille beaucoup et on travaille bien à Lyon. Voici un volume d'un millier de pages qui représente six semestres de l'enseignement de M. le professeur H. Soulier; c'est un témoignage irrécusable du soin avec lequel est fait là-bas le cours de thérapeutique et de pharmacologie.

En parcourant cet ouvrage, nous éprouvons d'abord l'impression que l'auteur a accumulé sur chaque sujet tous les documents que peut fournir l'érudition la plus patiente. Nous sommes heureux aussi d'y relever à chaque instant des pages d'une critique indépendante et ferme et plus encore de trouver l'expression de doctrines personnelles.

Ainsi dans la préface nous lisons : « Ce fut longtemps une convention de dire que, dans le traité de Trousseau et Pidoux, l'*action substitutive* était l'idée originale, inspiratrice; c'est que, par cette théorie de l'action curative, qui rappelle le triomphe sur le physiologisme de Broussais, de la spécificité morbide et thérapeutique de Bretonneau, cet ouvrage différait de ceux qui l'avaient précédé: c'était, en même temps qu'une interprétation nouvelle de faits connus, une source découverte d'applications nombreuses. S'il m'était permis d'extraire de mon livre comme une idée dominante, jusqu'à un certain point de même ordre que l'action substitutive, je dirais que c'est l'idée de l'*action de contact* ou plutôt de l'action modificatrice assimilée à l'action de contact.... *Lorsqu'il convient d'agir dans une maladie, c'est le changement qui est l'essentiel.* Ce changement est en effet le principe d'où découlent plusieurs des médications que j'admets, plus spécialement les médications *altérante, métabolique, modificatrice.* » L'action altérante a pour caractère de modifier les éléments pour les rendre impropres à la vie microbienne ou à l'action du processus diathésique; l'action métabolique consiste à modifier les conditions d'existence du malade, comme on peut le faire par les agents de l'hygiène.

L'auteur donne une classification des médications, dans laquelle il les divise en simples et complexes : les médications simples sont *étiocratiques*, combattant la cause, antidotique, antiparasitaire, etc., *nosocratiques* s'adressant à la maladie elle-même (abortive, expectante, altérante, etc.), physiologiques et symptomatiques (déplétive, anodyne, etc). Les médications complexes sont antipyrétique, diaphorétique, etc.

Après l'exposé des médications, M. Soulier étudie les médicaments et ce premier volume traite des antiparasitaires, antiseptiques et désinfectants, antipyrétiques, anodyns et altérants, alcaloïdes et pseudo-alcaloïdes, hypoanesthésiques, hypnagogues, antispasmodiques, toniques.

Le traité de thérapeutique de M. Soulier est écrit dans un style dont la clarté n'exclut ni l'originalité ni l'élégance. Il est facile de voir que l'auteur est un savant doublé d'un lettré, et en pareil cas à nos yeux la doublure rehausse l'étoffe. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 janvier 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Amputation interscapulo-thoracique. — Extirpation du rectum par la voie sacrée. — Lymphangectasie.

M. Terrier fait un rapport sur une statistique d'opérations envoyée par M. le docteur Delagénière (du Mans). 119 opérations ont été faites du 4 juin 1890 au 1er janvier 1891. Il n'y a eu que 6 décès; 3 sont indépendants de l'acte opératoire, et dus à l'épuisement et à des embolies; 3, au contraire, relèvent de l'intervention et sont dus à l'infection, à la péritonite septique et au choc. Il s'agissait d'opérations pratiquées sur l'abdomen et de hernies étranglées.

— M. Berger fait un rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique pour tumeur de l'humérus, envoyée par le docteur Eugène Monod (de Bordeaux). Le malade était un jeune homme de 20 ans qui présentait une volumineuse tumeur de l'épaule gauche, déterminant des douleurs insupportables et une impotence fonctionnelle complète. La tumeur donnait à la racine du bras l'apparence d'un gigot; elle était molle, non adhérente et s'étendait du côté des muscles de l'omoplate. On fit le diagnostic d'ostéo-sarcome. M. Monod fit l'ablation à l'aide de l'amputation interscapulo-thoracique en suivant le procédé de MM. Berger et Farabeuf : section de la partie moyenne de la clavicule; double ligature et section de l'artère et de la veine axillaires; prolongement de l'incision jusqu'à l'angle de l'omoplate, qui est décollée par sa face profonde. La perte de sang fut très minime et cependant l'opéré présenta pendant deux jours des symptômes de choc. La plaie suppura un peu autour du tube à drainage et la guérison opératoire survint rapidement. Mais, trois mois après l'intervention, il se produisit des accidents pulmonaires qui entraînèrent une mort rapide et qui étaient dus probablement à une généralisation du sarcome. L'examen anatomique du membre enlevé permit de constater qu'il s'agissait d'un sarcome périostique développé sur la partie supérieure de l'humérus et ayant envahi les muscles qui s'insèrent sur ses extrémités.

Cette observation montre que l'amputation interscapulo-thoracique est relativement bénigne, car la mortalité s'est abaissée beaucoup avec les procédés antiseptiques. Malheureusement les ostéo-sarcomes récidivent extrêmement souvent, puisque cette récidive s'est produite 8 fois sur 11 cas. Il convient donc d'opérer dès que le diagnostic de sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus est posé, et il faut faire d'emblée l'amputation entre l'omoplate et le tronc, car les muscles sont presque toujours le siège d'une infiltration néoplasique. Cette amputation n'est pas plus grave que la désarticulation de l'épaule et permet aussi de placer un appareil prothétique. Il est convenable de tenter la réunion immédiate sans s'occuper de faire du drainage.

M. Quénu pense qu'il y a lieu de distinguer les sarcomes qui ont déjà envahi les muscles et ceux qui n'occupent encore que la cavité articulaire. Dans ce dernier cas, on peut se contenter de faire la désarticulation, qui est certainement moins grave que l'amputation interscapulo-thoracique. Cette opération permet alors d'enlever en entier les tissus malades. M. Quénu a observé un malade du service de M. Tillaux chez lequel le sarcome était si bien limité qu'on crut à une ostéite épiphysaire ; la désarticulation réussit alors parfaitement.

M. Lucas-Championnière pense, au contraire, que, lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs sarcomateuses, il faut enlever le plus largement possible. Il n'a fait qu'une fois l'amputation interscapulo-thoracique et il s'agissait d'un traumatisme. Il est évident que, si l'on avait encore à redouter la suppuration, la désarticulation de l'épaule serait moins grave, mais comme il n'en est rien, on peut d'emblée recourir à l'opération la plus radicale.

Pour M. Berger, les cas de sarcome limité sont très rares. Dès qu'il y a du gonflement de l'épaule, on peut affirmer que le mal a franchi l'os et que les muscles sont atteints. De plus, l'amputation interscapulo-thoracique permet d'examiner les ganglions de l'aisselle et d'enlever ceux qui paraissent atteints.

M. Marchand a désarticulé l'épaule pour un enchondrome de l'humérus et l'opéré est mort plusieurs années après sans avoir présenté de récidive.

M. Quénu fait remarquer qu'il n'y a pas lieu de comparer les sarcomes et les enchondromes (1).

— M. Berger fait un second rapport sur une observation envoyée par M. Guelliot (de Reims). Il s'agit d'une brûlure du creux poplité gauche ayant entraîné une grande perte de substance. Cette dernière a été comblée, après échec des greffes de Thiersh, à l'aide d'un lambeau emprunté au membre inférieur du côté opposé et dont le pédicule ne fut coupé que le vingt et unième jour. Le résultat a été excellent. Récemment M. Schwartz a eu un succès à l'aide d'une opération semblable.

— M. Richelot fait une communication sur l'extirpation du rectum par la voie sacrée. (Sera publiée.)

— M. Robert montre un malade présentant des tumeurs lymphatiques des deux aines. Ces tumeurs avaient présenté des phénomènes douloureux et avaient été prises pour des hernies inguinales. Le malade était en même temps atteint de filariose.

M. Moty a vu récemment, au Val-de-Grâce, six cas de la même affection : tantôt on pensa à une hernie, tantôt à une hydrocèle. Les filaires sont loin d'exister dans tous les cas de tumeurs lymphatiques. La recherche du parasite est, du reste, difficile, et c'est entre huit heures et minuit qu'on a le plus de chance de le découvrir. Le malade de M. Robert avait quatre parasites par goutte de sang. Les tumeurs lymphatiques ont un début insidieux, et souvent on ne s'aperçoit de leur présence qu'après une contusion.

M. Reclus a traité, il y a quelque temps, un malade que M. Th. Anger avait traité antérieurement pour des tumeurs lymphatiques. Les varices lymphatiques avaient à peu près disparu lorsque M. Reclus l'examina; mais il y avait, dans une région inguinale, une tumeur allongée, dure et douloureuse qu'il prit pour une épiplocèle. Pendant l'opération, on s'aperçut que c'était un amas de vaisseaux lymphatiques que l'on pouvait suivre jusqu'à l'orifice interne du canal inguninal. L'extirpation fut suivie d'une réunion par première intention, et le malade guérit; il n'avait pas de filaires. La tumeur, examinée par un histologiste instruit, fut regardée comme un myxome.

M. Th. Anger n'admet pas ce diagnostic histologique, et, pour lui, il est certain qu'il s'agissait de varices lymphatiques.

— M. Broca présente un enfant de 4 ans auquel, en septembre 1890, il a pratiqué le

(1) Voici le résumé d'une observation de Wyeth relative à un cas de désarticulation interscapulo-thoracique (*Gaz. hebd.*, 1891) :

Un sujet de 44 ans, marié, entra à l'hôpital le 7 octobre 1890. Neuf mois avant on lui avait enlevé un sarcome de la longue portion du triceps; la plaie guérit par première intention. Promptement il y eut récidive. Le bras ne forme plus qu'une masse indurée, l'œdème s'étendant jusqu'à la masse. Les tissus sous le bord externe de la clavicule et une partie de l'omoplate sont envahis. Anesthésie par l'éther. Bande d'Esmarch. Incision sur toute la longueur de la clavicule qui fut désarticulée et enlevée en totalité. Ligature de la sous-clavière, des branches de la thyroïdienne inférieure. Les muscles pectoraux sont coupés au ras de la poitrine. La peau recouvrant l'omoplate fut disséquée et tous les muscles attachés à la partie interne de l'omoplate furent coupés avec des ciseaux. L'omoplate est aussi enlevée. Ligature de la veine axillaire et séparation de l'épaule. Drains en avant, en arrière et latéralement; sutures à la soie. Guérison. Le 1er décembre, il n'y a pas encore de récidive. L'auteur termine par un tableau de 49 opérations.

drainage du ventricule latéral droit pour hydrocéphalie, après trépanation, à 3 centimètres en arrière et au-dessus du méat auditif externe. L'opération a été entreprise, malgré la soudure déjè effectuée des sutures, pour parer à une contracture du membre supérieur gauche, durant depuis trois mois à la suite de convulsions. La contracture a cessé en huit jours et n'a pas reparu; mais l'état cérébral reste très défectueux, quoiqu'il y ait une amélioration incontestable pour la mobilité des membres supérieurs et inférieurs.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, le mardi 17 mars 1891. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année (élèves docteurs et élèves officiers de santé). Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche, constatant le payement des droits afférents à l'inscription de janvier 1891 (quatorzième inscription);

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1890-1891 : Ces élèves seront inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits réglementaires (40 fr.);

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 9 février au 7 mars. — Après cette date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Diminution de la fièvre typhoïde dans l'armée. — Au conseil des ministres de samedi, M. le ministre de la guerre a donné communication de la statistique des cas de fièvre typhoïde constatés dans l'armée depuis l'application des mesures prises pour améliorer la qualité des eaux.

Il ressort de cette statistique, que la réduction du nombre des cas en 1890, par rapport à la moyenne des années antérieures, a été de 49 p. 100 dans l'ensemble de l'armée et de 75 p. 100 dans le gouvernement militaire de Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Clech (de Plougasno); Nollet, médecin à Malzéville près Nancy.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

De la phthiriase pubienne.

Messieurs, la phthiriase pubienne est causée par les pediculi pubis, que l'on appelle vulgairement *morpions.* Il faut bien connaître cette espèce de phthiriase pour deux raisons. Tout d'abord, elle est extrêmement fréquente; ensuite, lorsque le médecin la méconnaît, ce qui arrive encore assez souvent, il s'expose à de vives moqueries de la part de ses malades. Trop de nos confrères, en effet, restent dans les hauteurs de la pathologie transcendante et ont grand tort de ne pas examiner de près un malade qui vient les trouver en se plaignant de démangeaisons.

Le nom de la maladie en indique le siège. Elle occupe, en effet, les régions génitales : pubis, aine, scrotum. Mais sachez bien que l'animal peut émigrer et qu'il peut se répandre dans toutes les régions velues, sauf une. Jamais, en effet, on ne le rencontre dans les cheveux, et si l'on peut dire qu'il est évident qu il y a là une question de terrain, nous ne pouvons pas dire pourquoi le pediculus pubis ne se fixe jamais dans la chevelure. Fréquemment on le rencontre dans la région velue de l'abdomen, plus rarement dans la barbe, les moustaches, les sourcils ou les cils, très rarement sur les membres.

Le pediculus pubis est le plus petit des poux et passe facilement inaperçu. Il est pâle, étonnamment pâle, presque transparent. De plus, il est sédentaire, reste immobile où il est, tapi à la base d'un poil, la tête dans l'infundibulum de ce poil. Il suit de tout cela que le pou du pubis ne frappe pas l'œil, qu'il faut le chercher.

Le pediculus pubis ne se rencontre guère que chez l'adulte, et la raison en est qu'il ne se transmet guère que par les relations sexuelles. La plupart des malades que vous verrez vous raconteront qu'ils ont gagné leur maladie auprès d'une femme qui avait des démangeaisons, alors qu'il s'agissait de relations essentiellement transitoires. La phthiriase pubienne est donc essentiellement d'origine vénérienne, plus vénérienne même que la vérole, qui peut se gagner d'un grand nombre de façons. La phthiriase pubienne est une maladie de toutes les classes sociales, tandis que les autres poux se rencontrent ordinairement dans les classes inférieures. On peut vraiment dire que les trois espèces de poux ont un état social. Le pou du corps est l'apanage des basses classes, des pauvres. C'est le pou crapuleux. Le pouls de tête est plus relevé. Chez l'adulte, il est vrai qu'on ne le

rencontre guère que chez les gens mal tenus, mais les enfants les mieux soignés peuvent en être atteints, et l'on peut dire que presque tous les bébés ont eu des poux de tête. Quant au pou du pubis, c'est un aristocrate. On peut le trouver, il est vrai, chez les ouvriers, mais, comme l'a fait remarquer M. Besnier, il est réellement rare à l'hôpital; il est très fréquent, au contraire, en ville et s'observe souvent chez les gens du monde, car il n'y a rien de tel que l'amour pour rapprocher les classes. Les rois, il est vrai, n'épousent plus les bergères, mais les bergères, quand elles sont jolies, ne manquent jamais d'amateurs, et, grâce à Vénus, le pou du pubis a conquis ses quartiers de noblesse.

Cependant il n'est pas juste de dire que le pou du pubis se gagne toujours dans les rapports vénériens; on peut le gagner dans les chambres d'hôtel, et le voyage d'Italie est classique à ce point de vue. En ce pays, on couche, en effet, souvent dans des draps qu'un hôtelier économe a oublié de changer et dans lesquels le précédent locataire a laissé des traces de son passage. Le pou peut aussi se trouver dans les tapis, sur les canapés ou les chaises longues. Dans d'autres circonstances, on peut attraper la phthiriase en wagon, dans les bains, dans les latrines publiques. On est toujours tenté de ne pas admettre les dires du malade qui vous raconte des faits de ce genre; cependant, il y a des cas où il faut croire à ce mode de propagation de la maladie, et on a pu trouver de véritables foyers d'infection. Un médecin de marine, le docteur Moursou, en a signalé un dans la salle de police de la caserne des soldats de marine, à Toulon. Toutes les fois qu'on y met un homme pendant quelques heures, au bout d'un temps variant de douze à quarante-trois jours, il entre à l'infirmerie avec des pediculi.

Les phthiriases pubiennes se manifestent par trois ordres de symptômes : le prurit, le prurigo pédiculaire et les taches ombrées.

Le prurit est particulièrement énervant, surtout marqué la nuit, et il peut empêcher le sommeil. Du reste, il est d'autant plus marqué que le nombre des poux est plus grand et, par conséquent, la maladie plus ancienne. Dès maintenant, retenez bien ceci : lorsqu'un malade avoue des démangeaisons de la région pubienne, faites baisser le pantalon et examinez directement. Le prurit se rencontre dans presque tous les cas de phthiriase, et cependant il n'est pas absolument constant. On a dit que les malades qui ne se plaignaient pas de démangeaisons étaient des ouvriers ou des gens du peuple, faisant peu attention à leur personne. Mais cette absence de prurit se voit aussi chez des gens du monde, et il m'est arrivé de découvrir des pediculi pubis restés inaperçus chez des gens qui venaient me consulter pour une blennorrhagie ou pour un chancre. A une des dernières séances de la Société de dermatologie, M. Besnier a montré un malade qui avait des quantités de taches bleues et ne se plaignait pas de démangeaisons. Peut-être y a-t-il là un rapprochement à faire avec la gale aprurigineuse?

Le prurigo symptomatique de la phthiriase pubienne est un semis de petites papules roses ou rougeâtres, hémisphériques, qui siègent dans les régions pubienne, abdominale, etc. Ce prurigo s'accompagne de la présence de lentes qui permettent de faire un diagnostic immédiat. Quand vous examinez avec soin les poils de la région pubienne, vous êtes frappés de voir sur eux de petits renflements nodulaires à peine perceptibles à l'œil; ces renflements donnent à l'ensemble des poils l'aspect de certains arbustes dépouillés de leurs feuilles, mais ayant conservé quelques graines.

Cet aspect de poils à graines est caractéristique, et il vous permet d'affirmer la présence du pou, que vous ne voyez pas toujours, caché qu'il est à la base du poil. Le prurigo causé par les pédiculi pubis reste sec, tandis que celui qui dépend des poux de tête est un prurigo suintant.

Les taches bleues ont donné lieu à de grandes discussions. C'est une éruption symptomatique de la phthiriase, et les taches ont aussi été appelées : taches ombrées, ardoisées, cyaniques. On voit, sur les flancs, des taches, de simples maculatures, de l'étendue d'un haricot, par exemple, semblant être dues à l'application d'un pinceau chargé de couleur sur le corps. La tonalité des taches est extrêmement tendre, si affaiblie, si atténuée qu'on a souvent quelque peine à les voir au grand jour, qu'on ne les distingue bien que par un éclairage oblique. Leur teinte n'est ni bleue ni grise et tient à la fois de ces deux couleurs, de telle sorte que je ne peux mieux la comparer qu'à celle des gants de soirée gris perle. Les taches ne font pas de saillie, elles sont indolores et durent de huit à dix jours. Leur nombre est variable. Quelquefois il y en a très peu, tandis que, dans d'autres faits, on en trouve dix, douze, quinze sur le même individu.

On a discuté pendant des années sur la signification des taches ombrées, et, jusqu'en 1878, les pathologistes les regardaient comme des pendants d'une fièvre typhoïde légère. Pour d'autres, ce n'était pas dans la fièvre continue qu'on les observait, mais dans la synoque. Enfin, pour M. Jaccoud, on pouvait les voir encore dans la fièvre intermittente simple. Un jour, un modeste médecin de province, M. Moursou, trouva qu'elles étaient produites par les poux du pubis. Presque tous les soldats qui avaient séjourné dans la salle de police dont je vous ai déjà parlé, présentaient la phthiriase pubienne, et presque tous aussi avaient des taches bleues. Le même auteur remarqua que, si l'on examine attentivement les taches, on trouve au centre une petite piqûre rouge; il trouva des pediculi en train de piquer la peau et vit plus tard la tache se produire autour du point piqué. Le mémoire de M. Moursou fut accueilli avec une incrédulité moqueuse, et cependant les rieurs durent bientôt se ranger de son côté. M. Duguet vint dire, en effet, à la Société médicale des hôpitaux, qu'il pouvait fabriquer des taches bleues en recueillant des pediculi pubis, en les réduisant en pâte dans un mortier, en ajoutant deux gouttes d'eau et en inoculant un peu de la pâte avec une lancette; lorsqu'on opère ainsi, les taches bleues apparaissent au bout de quelques heures. On fit diverses objections à la communication de M. Duguet. En premier lieu, on dit qu'il s'agissait simplement de peau très sensible à une lancette; et il fut facile de réfuter cette hypothèse en montrant que les piqûres faites avec une lancette propre ne produisaient rien, et sur des individus chez lesquels l'inoculation de la pâte de poux donnait naissance à une tache. On a dit aussi qu'on ne rencontrait les taches que sur des malades atteints de fièvre typhoïde ou de synoque; mais M. Duguet fit remarquer que c'est parce qu'on examine le ventre d'une manière complète chez ces malades.

Actuellement il n'y a plus de discussion, et tout le monde admet que les taches ombrées sont produites par les pediculi pubis.

Sachez bien, cependant, qu'elles ne se montrent pas chez tous les malades qui ont des poux. Tous les gens qui ont des poux n'ont pas de taches bleues, mais tous ceux qui ont des taches bleues ont des poux; telle est la vérité.

Comment se produit l'éruption dont nous nous occupons? On est encore

mal fixé sur ce point. On pense qu'elle est due à un venin de l'animal qui produirait en son lieu d'inoculation une ecchymose bleuâtre. Toutes les parties du pou ne paraissent pas aptes à donner lieu à une éruption. C'est ainsi qu'en injectant sous la peau la pâte obtenue en pilant la tête et les pattes on ne produit rien. Les taches paraissent dépendre d'un liquide qui se trouve dans les glandes salivaires, ces glandes étant elles-mêmes situées dans le tronc.

Le diagnostic de la phthiriase pubienne se base sur trois signes : la démangeaison persistante à siège spécial; le prurigo localisé; les taches bleues. Cependant les erreurs sont encore assez fréquentes et elles dépendent généralement d'un défaut d'examen de la part du médecin. Souvent la situation du malade qui vient consulter empêche que l'on soupçonne l'existence de la maladie, et qu'on examine immédiatement la région, siège du prurit; en réalité, cet examen direct ne doit jamais être négligé et il vous permettra seul d'éviter les erreurs diagnostiques.

Les frictions à l'aide de l'onguent gris ou mercuriel constituent le traitement vulgaire, connu de tous, de la phthiriase pubienne. Cependant ce traitement doit être appliqué avec discernement, et il ne faut pas se borner à barbouiller la région, siège des démangeaisons, avec une quantité quelconque de pommade; en effet, cette pratique peut être suivie du développement d'un érythème mercuriel ou de la stomatite. Voici comment il faut procéder : Après lavage, on fera les onctions avec quelques grammes d'onguent gris, 6 grammes, par exemple, qui seront laissés sur place pendant deux heures; puis on fera un grand savonnage et l'on prendra un bain savonneux. Si, après quarante-huit heures, on a lieu de supposer qu'il reste des parasites, on peut recommencer le traitement. Il faut avoir soin, après chaque friction, de changer de linge et de draps et de faire passer les vêtements au soufre. Certains malades, en effet, une fois qu'ils ont traité leur phthiriase, reprennent leurs caleçons et leurs vêtements, et leur maladie persiste ainsi très longtemps, de telle sorte que vous voyez des gens venir vous dire qu'il leur a fallu un an pour se débarrasser des pediculi pubis.

Le traitement classique de la phthiriase pubienne est fort sale, et, de plus, il expose, comme je vous l'ai dit, aux érythèmes et aux eczémas mercuriels. C'est un fait bien connu qu'il ne faut jamais faire de frictions mercurielles sur les endroits velus, qu'il faut choisir les parties du corps qui sont relativement glabres. Méfiez-vous des pseudo-eczémas que vous pourrez avoir à soigner au niveau des régions velues ou des régions génitales. Il s'agira souvent, en effet, d'un eczéma mercuriel dont le malade cachera l'origine. C'est encore un fait d'observation que la stomatite est très fréquente à la suite des frictions pratiquées sur le scrotum, les aines, etc. Cela tient à ce que ces parties du corps sont extrêmement riches en lymphatiques. L'injection des lymphatiques du scrotum rend, en effet, ce dernier entièrement blanc de mercure. Certaines stomatites, dont vous ne pourrez découvrir l'origine, dépendront du traitement des pediculi pubis par l'onguent gris.

Il est facile d'éviter la plupart des inconvénients du traitement habituel en employant la pommade au calomel, 1 gramme pour 20, par exemple, ou mieux des bains de sublimé à 10 grammes dans lesquels le malade restera une demi-heure à trois quarts d'heure. On pourra encore formuler une lotion mercurielle de la manière suivante :

Eau distillée .... 400 grammes.
Alcool .... 100 —
Sublimé .... 1 gramme.

Vous voyez qu'il s'agit là de liqueur de Van Swieten doublée.

Vous pouvez encore vous servir de la formule suivante :

Vinaigre pouvant être aromatisé .... 300 grammes.
Sublimé .... 1 gramme.
Etendre du double d'eau et lotionner.

On peut encore employer des badigeonnages avec l'huile de naphtol β; mais, en somme, les lotions et les bains de sublimé sont ce qu'il y a de mieux.

Quant aux œufs, on les détruira de la même façon qu'à la tête, c'est-à-dire qu'on fera des lotions avec du vinaigre chaud étendu d'un peu d'eau et qu'on peignera ensuite avec un peigne métallique.

Hôpital Saint-Antoine.

Un cas de convalescence de périmétrite.

(Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr LANDRIEUX. Salle Chomel, lit n° 15.)

Adèle B..., employée de commerce, âgée de 26 ans, entrée le 19 février 1889.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs très vives siégeant dans la région d l'utérus.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Son père est mort d'un cancer; sa mère se porte bien.

ANTÉCÉDENTS PARTICULIERS. — Jusqu'à l'âge de 25 ans la malade a joui d'une santé satisfaisante; il y a un an elle a ressenti des douleurs du côté de l'utérus, et elle a été soignée pour une périmétrite. Depuis, elle a des pertes blanches très abondantes, et elle commence à présenter quelques symptômes d'anémie; toutefois ses règles n'on pas cessé d'être normales.

Elle entre aujourd'hui dans le service avec des phénomènes de périmétrite et de salpingite. Il y a trois semaines, en effet, elle a été prise d'une douleur très vive dans côté gauche, au niveau des annexes de l'utérus. Cette douleur, qui s'est rapidement propagée à la région abdominale comprise entre le pubis et l'ombilic, et qu'exaspéraient les efforts de la défécation, s'est accompagnée d'une sensation pénible de pesanteur. Ces deux symptômes rendent tout déplacement impossible, et la malade est obligée de s'aliter.

Avec ces troubles locaux coïncident plusieurs phénomènes généraux : fièvre, manque d'appétit, dégoût pour les aliments; et quelques symptômes d'anémie : pâleur excessive du visage, décoloration des muqueuses, faiblesse extrême, étourdissements. Le toucher vaginal, qui est très douloureux, fait percevoir un empâtement considérable dans le cul-de-sac latéral gauche. L'auscultation du cœur et des poumons n'offre rien de particulier.

La périmétrite et la salpingite sont traitées par des bains, des injections d'eau chaude et l'application d'un vésicatoire. L'anémie, par l'huile de foie de morue, le vin de Colombo, l'eau de la Bourboule.

Du 19 février au 10 mars, l'état de la malade reste à peu près stationnaire, et ce n'est qu'à la fin de cette période qu'on peut noter une légère diminution des douleurs utérines. Les symptômes de l'anémie sont les mêmes; la malade est toujours très pâle et sujette aux étourdissements. L'anorexie persiste.

Du 10 au 15, une certaine amélioration tend à se produire; les douleurs utérines sont plus vagues et moins continues. La malade commence à avoir de l'appétit.

Du 15 au 20 mars, le mieux continue : les phénomènes de périmétrite et de salpingite disparaissent; le toucher vaginal constate la disparition de l'empâtement qui siégeait au cul-de-sac latéral gauche. La malade obtient la permission de se lever; l'appétit est devenu satisfaisant. Les forces commencent à revenir; les étourdissements cessent; le visage et les muqueuses se colorent.

Du 20 au 25, l'amélioration s'accentue : la malade reste levée une grande partie de la journée; elle ne ressent aucun malaise, aucune fatigue; son appétit est excellent; ses forces sont accrues dans des proportions sensibles; sa pâleur a fait place à une coloration assez vive du visage et des muqueuses. Elle quitte l'hôpital.

L'eau de la Bourboule, qui a été très bien supportée, a agi en combattant l'anorexie et en stimulant l'appétit.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique des maladies du cœur, par le docteur P. Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté. — Paris, G. Steinheil, 1891.

Il y a bien longtemps que les médecins et les étudiants qui s'intéressent à l'étude si difficile du cœur et de ses maladies désiraient connaître l'ensemble de l'œuvre de M. Duroziez. Sa compétence universellement acceptée, l'originalité de ses vues, le pittoresque de son style dans les monographies qu'il éparpillait dans les recueils scientifiques et dans les comptes rendus des Sociétés étaient autant de raisons pour faire désirer que tout cela fût condensé. Ce sentiment doit être partagé surtout par les lecteurs de l'*Union médicale*, qui publie les communications de la Société de médecine de Paris.

Beaucoup d'entre nous, qui ont tant de fois mis à contribution la rare complaisance de M. Duroziez dans ses pérégrinations à travers les services hospitaliers, lui demandant son avis sur les cœurs épineux, et recevant souvent de sa bouche la solution d'un problème difficile d'auscultation, se réjouissent de retrouver dans le présent volume le bon sens, la finesse et la verve de celui qui a su se créer dans la pathologie cardiaque une place en quelque manière analogue à celle de Duchenne (de Boulogne) dans la neuropathologie. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Gabriel Honoré relative aux résultats de ses observations et expériences sur le vaccin ;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Rolland (de Toulouse);

3° Une lettre informant l'Académie que M. Baillarger lui a légué la somme nécessaire pour une inscription de rente de 1,000 francs par an qui servira à fonder un prix bisannuel de 2,000 francs à décerner à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

— MM. de Brun et Trastour sont élus correspondants nationaux.

Transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache. — M. Ollivier a vu, dans un pensionnat de Chartres, un certain nombre de jeunes filles atteintes de tuberculose soit intestinale, soit méningitique. Les malades n'avaient aucune tare héréditaire, mais le

lait fourni à la pension provenait d'une vache atteinte de tuberculose mammaire. Ces faits prouvent à la fois le danger du lait tuberculeux et la nécessité de faire bouillir cet aliment.

M. Nocard rappelle qu'il a rapporté des faits analogues. Pour lui, on ne devrait jamais boire du lait sans le faire bouillir, et il rapporte à l'appui de cette prescription un cas qui prouve que des animaux primés, en apparence magnifiques, peuvent être tuberculeux.

Traitement de l'épithélioma des paupières. — M. Galezowski a traité deux malades atteints d'épithélioma des paupières par des badigeonnages avec une solution aqueuse d'apyonine (pyoktanine) à la dose de 10 à 20 centigrammes dans de l'eau distillée. Ce traitement a donné de très bons résultats et n'est pas douloureux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 février. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Propriétés pyogènes du bacille d'Eberth. — Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée. — Déformations du crâne dans certains cas de myopathie progressive primitive.*

M. Raymond : Les accidents suppuratifs survenant dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde ont été tout d'abord considérés comme des accidents secondaires dus à des micro-organismes pyogènes pénétrant dans l'organisme à la faveur de la lésion intestinale (Fraenkel, Simons). Mais des recherches récentes ont démontré que, dans quelques cas, le pus des abcès ne contenait que le bacille d'Eberth. Le premier fait de ce genre appartient à Fraenkel : il s'agissait d'une péritonite enkystée. Depuis, on a publié des cas d'orchite suppurée, d'abcès de la rate, d'ostéopériostite, de pleurésie purulente, de méningite, dans lesquels le seul microbe trouvé dans le pus était le bacille de la fièvre typhoïde (Roux et Vinay, Martha, Valentini, etc.).

Quelques auteurs voulurent même prouver que le bacille d'Eberth peut devenir pyogène, et parvinrent à produire, chez le lapin, des abcès multiples par injections sous-cutanées de cultures pures de ce bacille.

L'observation que M. Raymond va présenter à la Société vient à l'appui de cette théorie, puisque l'examen bactériologique du pus d'un vaste abcès de la paroi abdominale n'y montra que le bacille typhique.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, entrée à l'hôpital pour une rechute de fièvre typhoïde. Quelques jours après son admission, on constata sur la paroi abdominale une induration assez étendue, douloureuse, qui progressivement se ramollit sans devenir cependant nettement fluctuante. La malade fut prise peu après d'un délire bruyant, alternant avec de la somnolence, et finit par mourir dans le coma.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions instestinales classiques, un vaste abcès de la paroi ne communiquant pas avec l'intestin; le pus n'avait d'ailleurs aucune odeur. L'étude du pus, faite par M. Veillon (examen microscopique et cultures) y révèla la présence exclusive du bacille d'Eberth.

Celui-ci peut donc devenir pyogène dans certaines conditions; ce qui ne veut pas dire cependant qu'on doive lui attribuer toutes les suppurations survenant dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde.

M. Raymond fait en outre remarquer une autre particularité de l'observation. La malade fut prise, à un certain moment, de troubles mentaux; c'était un délire aigu, fort analogue à la manie aiguë de Baillarger. Le délire est une manifestation commune de la fièvre typhoïde. Mais quelques auteurs pensent qu'il ne se produit, surtout à l'état aigu, que chez des prédisposés. A ce point de vue, les antécédents héréditaires ou personnels de la malade semblaient nuls; cependant son père était alcoolique, et, de plus, elle avait été elle-même de tout temps d'une insouciance extraordinaire et d'une grande mobilité de caractère.

Il est possible que ce délire ait été causé par la présence du bacille d'Eberth dans les centres nerveux, comme dans un cas analogue de MM. Chantemesse et Widal; mais la

recherche n'en a pu être faite chez la malade. D'ailleurs, dans plusieurs autres cas, l'examen microscopique donna des résultats négatifs; la présence du bacille dans le cerveau ou les méninges ne doit donc pas être considérée comme la cause certaine et nécessaire des accidents délirants. Ceux-ci sont en effet souvent attribuables aux lésions que l'on constate du côté de l'encéphale et de ses enveloppes, lésions dépendant de troubles vasculaires (congestion, œdème cérébral et ventriculaire) et intervenant comme causes déterminantes très puissantes chez des prédisposés.

Certains auteurs (Liebermeister) ont attribué le délire de la fièvre typhoïde à des altérations histo-chimiques des cellules de l'écorce grise sous l'influence de l'hyperthermie. Il y aurait une véritable dégénérescence graisseuse de ces cellules. De là, une gravité particulière de la fièvre typhoïde chez les sujets obèses. La malade de M. Raymond était en effet très grasse.

M. CHANTEMESSE : La plupart des auteurs admettent aujourd'hui que le bacille d'Eberth peut devenir pyogène, et les observations de ce fait sont très nombreuses. Quant au délire des typhiques, il semble attribuable dans bien des cas à la présence du bacille dans les centres nerveux et les méninges; de nombreux auteurs l'y ont trouvé, et, l'année dernière encore, MM. Vaillard et Vincent ont présenté une observation très nette à ce sujet. La localisation du bacille peut aussi se faire sur l'axe spinal et y déterminer la sclérose en plaques, ainsi que M. Marie en a publié un cas.

— M. CHANTEMESSE résume devant la Société le rapport de M. le ministre de la guerre relativement aux mesures prises pour combattre la fièvre typhoïde dans l'armée, et présente deux graphiques qui montrent les bons résultats de ces mesures.

En 1886-87, le nombre des cas de fièvre typhoïde était, pour tous les corps d'armée, de 6,881, et le nombre des décès de 864. Pour le gouvernement militaire de Paris, il y avait 1.270 cas et 136 décès.

En 1890, le nombre des cas a été, dans les corps d'armée, de 3,491 et le nombre des décès de 572 (diminution de moitié pour les cas et d'un tiers pour les décès). Dans le gouvernement militaire de Paris les résultats ont été encore plus remarquables; en 1890, en effet, il n'y a eu que 309 cas (diminution de 75 p. 100) et que 52 décès (diminution de 62 p. 100).

Les mesures prises consistent essentiellement dans la suppression des fosses d'aisances fixes et dans l'amélioration des eaux potables.

— M. MARIE présente, en son nom et au nom de M. Onanoff, un petit malade de 14 ans, atteint de myopathie progressive primitive, chez lequel on peut constater des déformations craniennes très accentuées. Depuis déjà plusieurs années M. Marie avait été frappé par la forme spéciale du crâne chez les individus atteints de cette affection. Ce n'est donc point comme un cas unique qu'il présente ce petit malade. Mais les déformations sont ici extrêmement prononcées.

La tête a la forme d'un sphéroïde fortement aplati en arrière. Voici les chiffres donnés par les mensurations : diamètre antéro-postérieur maximum, 166 ^{mm}; diamètre transverse maximum, 168 ^{mm}.

Dans les crânes ordinaires, le premier est en moyenne de 190 ^{mm}, le second de 155 ^{mm}. L'index céphalique (diam. transversal × 100 : diam. antéro-post.), qui est ordinairement de 80 environ, dépasse 101 chez ce petit malade, alors que chez les brachycéphales il n'est que de 84,6 et qu'il ne dépasse pas 88,5 chez les négritos.

M. Marie a souvent constaté une déformation semblable, quoique à un degré moindre dans les cas de myopathie progressive primitive. Il est difficile d'expliquer la pathogénie de cette déformation. On pourrait cependant l'attribuer à une sorte d'ostéomalacie spéciale, sous la dépendance de l'affection myopathique. Le décubitus longtemps prolongé pourrait alors jouer un certain rôle, mais M. Marie a noté la déformation dans un cas où le malade n'était pas alité.

De quelques nouvelles médications.

Castration dans l'ostéomalacie, par le professeur Schauta. (*La Clinique*, 1890, 28.)

L'étiologie de l'ostéomalacie n'est pas encore complètement éclaircie. Récemment, on a accusé les habitations humides et un régime défectueux. Cependant on rencontre également l'ostéomalacie chez des femmes qui vivent dans les meilleures conditions hygiéniques et, inversement, elle est rare chez les femmes des prolétaires, qui n'ont souvent ni bonnes demeures, ni nourriture suffisante. De même les grossesses répétées, les lactations prolongées ne peuvent être considérées comme cause étiologique directe, quoique l'on ne puisse nier que ces circonstances aient sur l'ostéomalacie déclarée une influence des plus néfastes.

Dans les derniers temps, on a pensé à une origine parasitaire de la maladie, ce qui semblait vraisemblable vis-à-vis des manifestations endémiques de l'ostéomalacie, mais on n'a pas démontré le parasite et c'est encore plus improbable, après les guérisons et les améliorations obtenues par la castration.

Le traitement ordinaire de l'ostéomalacie consiste dans une médication fortifiante et dans l'amélioration des conditions hygiéniques, mais on ne peut jamais obtenir par là les résultats qu'a donnés dans ces derniers temps l'opération césarienne d'après la méthode de Porro. Celle-ci, qui a été employée dans des cas de grossesse avec ostéomalacie, donne des résultats encourageants, et depuis Fehling, en 1887, son emploi a été étendu aux cas d'ostéomalacie sans grossesse. Depuis, l'on connaît 8 cas où la castration, pratiquée en pleine évolution ostéomalacique, a donné une guérison prompte et rapide.

Schauta a observé un neuvième cas. Il s'agissait d'une femme de 32 ans, qui avait souffert dans sa jeunesse du typhus, mais avait toujours été bien portante jusqu'à son affection actuelle.

Cette femme vivait dans de bonnes conditions hygiéniques. Les règles apparurent à 16 ans et furent toujours irrégulières. La patiente avait accouché quatre fois, et cela il y avait douze, huit, cinq ans et six mois auparavant. Sa maladie actuelle date de son troisième accouchement. Après la délivrance, elle s'était levée, comme toujours du reste auparavant, après vingt-quatre heures. Au troisième jour des couches, elle ressentit en se pliant des douleurs lancinantes dans la région sacrée. Plus tard, les douleurs s'étendirent dans les extrémités inférieures, dans les hanches et le long des arcs costaux. Depuis ce moment, la malade boite. Cet état s'aggrave par la survenance de la dernière grossesse, au point que la malade dut garder le lit constamment depuis la première semaine. Après la délivrance au terme régulier de la grossesse, il lui fut également impossible de quitter le lit, et il ne lui était même possible de s'asseoir au lit que pendant un très court temps. La femme avait nourri les trois premiers enfants; pour le quatrième, il n'y avait pas de lait.

La patiente vint à la clinique le 20 juin 1889, et l'on pouvait constater sur son squelette, particulièrement au bassin et au thorax, les déformations particulières à l'ostéomalacie. Avec l'assentiment de la femme, il fut pratiqué le 22 juillet une oophorectomie double. Les deux ovaires étaient fortement allongés (le droit mesurait 5 centimètres, le gauche, 4, 8), bosselés, durs, laissant voir à la coupe de nombreux follicules et des petits kystes. Les suites de l'opération furent simples; dès le 15 août, la malade, qui avait gardé le lit depuis un an et demi, put laisser le lit et bientôt faire, avec un soutien, le tour de la chambre. La sensibilité à la pression des os avait considérablement diminué. D'après les dernières nouvelles, cette femme se trouve tout à fait bien et peut vaquer aux occupations de son ménage.

L'action de la castration, dans l'ostéomalacie, donne lieu à deux hypothèses : celle de Zweifel, qui prétend que la castration, en rendant une nouvelle grossesse impossible, provoque un arrêt de la maladie, et celle de Fehling, qui trouve son explication dans la suppression de l'action des ovaires, dans la cessation des fonctions sexuelles et, par suite, dans l'action consécutive exercée sur l'organisme. Aux idées de Zweifel s'oppose ce fait d'observation, que les lésions ne cessent pas toujours par la suppression de la

grossesse; mais contre la théorie de Fehling s'élève évidemment un cas opéré par Spath. Il s'agit du premier cas opéré par la méthode de Porro en 1877. Dans ce dernier, les ovaires ne furent pas enlevés en même temps et cependant l'ostéomalacie guérit. Peut-être la suppression de la possibilité de la conception et de la menstruation a-t-elle déjà suffi dans ce cas, quoique l'évolution ait pu persister; en tous cas, il faudrait des matériaux statistiques plus considérables pour en tirer des conclusions d'une certaine valeur. Naturellement, il ne faut pas procéder à la castration dans tous les cas d'ostéomalacie, mais attendre afin de voir si, après l'accouchement accompli, il ne survient pas d'amélioration des lésions; mais si, après la durée d'une demi-année, malgré la non-survenance d'une grossesse, l'ostéomalacie poursuit rapidement son cours, on est autorisé à employer la castration.

Schauta rapporte le cas d'une opération césarienne par le procédé de Porro, pratiquée tout récemment, avec suite heureuse jusqu'à la guérison, chez une femme enceinte, quatorze jours avant le terme de la grossesse. La patiente était atteinte d'une ostéomalacie d'une gravité rare et son état était très avancé. Les échanges intra-organiques étaient au taux le plus bas.

Le professeur von Jacksch put constater, par l'analyse systématique de l'urine de cette malade, une diminution considérable de l'acide urique excrété, une diminution des produits azotés, de l'acide phosphorique, de la chaux et de la magnésie avant l'opération. Après celle-ci, l'excrétion des produits urinaires augmenta progressivement. Jacksch ne put découvrir dans cette urine, ni dans celles d'autres cas d'ostéomalacie observés par lui, de l'albumine. Un fait remarquable également est la constatation d'une augmentation considérable des acides gras éliminés par l'urine, fait que Jacksch n'a jamais pu constater dans une autre affection osseuse, le rachitisme. — P. N.

Thèses présentées et soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon pendant le mois de janvier 1891.

Chartier (Henry) : Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveau-nés. — Rossi (Adolphe) : Contribution à l'étude des germes de l'atmosphère. Sur quelques numérations des bactéries de l'air dans les hôpitaux de Lyon. — Solmon (E.-Jules) : Contribution à l'étude des pandémies grippales. L'influenza à Lyon et dans la 14e région de corps d'armée. Essai d'épidémiologie avec cinq planches hors texte. — Lacroix (Eugène) : Contribution à l'histologie normale et pathologique du péricarde. — Montalti (Henri) : Etude sur la fièvre aseptique consécutive à l'oblitération vasculaire. — Roussy (Alfred-Charles) : Etude clinique de la température chez les tuberculeux. — Mourier (Henri) : Sur les rapports de l'eczéma et du psoriasis. — Ramally (Henri) : De l'arthrodèse. — Martin (Georges) : Du rôle de la convalescence dans la propagation des maladies transmissibles. — Merciolle (Maurice) : Examen médico-légal de la dentition dans les questions d'identité. — Masson (Camille) : Des complications articulaires consécutives aux angines et en particulier à l'angine diphthéritique. — Pous (Fernand) : De la réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation du crâne. — Rasamimanana (Joseph) : Contribution à l'étude de l'action physiologique de la tanghinine cristallisée extraite du tanghina venenifera (poison d'épreuve de Madagascar).

Thèse de pharmacie.

Bræmer (Louis) : Les tannoïdes. Introduction critique à l'histoire physiologique des tannins et des principes immédiats végétaux qui leur sont chimiquement alliés. Thèse présentée et soutenue le 8 décembre 1890 pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe.

FORMULAIRE

Traitement de la sciatique. — Jaccoud.

Pendant la période aiguë, ventouses scarifiées au pli fessier, au creux poplité, ou au

mollet; injections morphinées. Si les ventouses ne soulagent pas, ou sont contre-indiquées par l'anémie du malade, appliquer de grands vésicatoires sur les points douloureux, ou des vésicatoires en lanières sur toute la longueur du membre. — Si la sciatique est sous la dépendance du rhumatisme, on fait prendre à l'intérieur le salicylate de soude pendant trois jours à la dose de 4 à 6 grammes par jour. En cas d'échec du salicylate, recourir à la quinine à haute dose. L'auteur prescrit le bromhydrate de quinine à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes le premier jour; et on continue ainsi, tant qu'il ne se produit pas de phénomènes physiologiques trop pénibles. Dans ce cas, on suspend un jour ou deux l'usage du médicament; puis on recommence. — Lorsque la sciatique est passée à l'état chronique, il y a lieu de recourir, comme médication interne, à un mélange d'iodure et de bromure de potassium, 3 à 4 grammes de chaque par jour, dissous dans un seul véhicule. — A l'extérieur, vésicatoires pansés avec le chlorhydrate de morphine; bains de vapeur simples ou térébenthinés. — N. G.

COURRIER

Le jury du concours du Bureau central est constitué par MM. Brocq, Ollivier, Hanot, Rendu, Humbert, Gouguenheim et Moizard.

— Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission sera ouvert le lundi 11 mai 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert de midi à trois heures, du lundi 13 avril 1891 au lundi 27 du même mois.

Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française; session de Lyon 1891. — Ce congrès se réunira à Lyon le lundi 3 août 1891. Les questions du programme sont :

1° Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. — Rapporteur, M. le docteur Brun.

2° De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. — Rapporteur, M. le docteur Henry Coutagne.

3° De l'assistance des épileptiques. — Rapporteur, M. le docteur P. Lacour.

Les rapports sur ces questions seront envoyés à chaque membre adhérent un mois avant la réunion du Congrès.

Tout document concernant le Congrès doit être adressé au docteur Albert Carrier, médecin des hôpitaux, rue Laurencin, 13, à Lyon.

Ambulances urbaines. — L'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis a transporté par voiture spéciale et soigné à l'ambulance, pendant l'année 1890, 2,112 blessés et malades, que l'on répartit de la manière suivante : accidents, 945 ; suicides, 149; tentatives de meurtre, 65; accouchements, 95; épilepsie et apoplexie, 272; alcoolisme, 100; autres cas, 438. Le nombre des transports, pendant l'année 1889, s'était élevé à 2,854. Rappelons que trente postes téléphoniques spéciaux au service de l'ambulance urbaine sont installés pour la plupart dans des pharmacies, sur les 3e, 9e, 10e, 11e, 19e et 20e arrondissements; les autres arrondissements ne communiquent qu'exceptionnellement avec l'ambulance urbaine.

Le nombre des médecins a Vienne et a Paris. — A Vienne, il y a 1,315 médecins et 177 dans la banlieue. La ville compte environ 800,000 habitants et la banlieue 400,000. Cela donne, en moyenne, un médecin pour 830 habitants, ou plutôt un pour 600 dans la ville et un pour 2,250 dans la banlieue. La répartition des médecins est fort inégale suivant les quartiers. Vienne compte dix circonscriptions. Tandis que la première contient 383 praticiens, la cinquième n'en a que 26 et la dixième 22.

Si l'on compare ces chiffres à ceux que donne Paris, on verra que la pléthore médicale est encore plus considérable dans la capitale de l'Autriche (comme dans tous les pays allemands) que dans celle de la France. Pour une population de 2,300,000 habitants,

Paris compte 2.200 médecins, soit 1 p. 1000 en moyenne. Celui des vingt arrondissements qui en contient le plus est le 8e (680), puis le 9e (376). Ceux qui en contiennent le moins sont le 20e (22), le 12e (25), le 13e (26). La répartition des médecins se fait suivant la richesse des arrondissements et n'est en aucune façon proportionnelle à leur population

Faculté de médecine de Nancy. — Les listes de présentation faites par la Faculté sont les suivantes :

Pour la chaire d'histologie : en première ligne, M. Baraban, agrégé de la Faculté de Nancy: en deuxième ligne, M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

Pour la chaire de thérapeutique : en première ligne, M. Schmitt; en deuxième ligne, M. Simon; en troisième ligne, M. P. Parisot, tous trois agrégés de la Faculté de Nancy.

— M. le docteur Dubiau, directeur-médecin de l'asile d'Armentières, est nommé directeur-médecin honoraire.

M. le docteur Taguet est nommé directeur-médecin de l'asile d'Armentières.

M. le docteur Chambard est nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec.

M. le docteur Maisnier est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu.

M. le docteur Rousset est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron.

M. le docteur Dupain est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul.

La fièvre jaune a Lyon et les perruches. — Le *Nouvelliste de Lyon* annonce que la fièvre jaune a fait quatre victimes aux portes de Lyon. Voici, dit-il, dans quelles circonstances : il y a moins d'un mois, deux jeunes mariés venaient de Marseille visiter une tante et offraient à celle-ci deux perruches débarquées depuis la veille. Peu de jours après, les nouveaux arrivés, la tante et la domestique de cette dernière, c'est-à-dire tous les habitants de la maison, tombèrent malades; un médecin fut aussitôt mandé et se trouva en présence d'un mal étrange. Il eut recours aux lumières d'un collègue et tous deux, après minutieux examen, diagnostiquèrent la fièvre jaune. Malgré les soins intelligents et dévoués dont furent entourés les malades, tous les quatre, à peu de jours d'intervalle, succombèrent à la maladie qui les étreignait. Les médecins s'enquirent, naturellement, des causes qui pouvaient avoir apporté sous notre climat cette fièvre terrible. Ils purent se convaincre que le germe de la maladie provenait des perruches récemment arrivées d'Océanie; ces oiseaux, du reste, dépérissaient à vue d'œil et ne tardèrent pa à mourir de consomption. La maison où ce malheureux événement s'est produit a été désinfectée. — On avouera cependant que ce fait mériterait confirmation. Il serait très désirable que les médecins en question publiassent les observations ayant trait à cette extraordinaire apparition de la fièvre jaune aux environs de Lyon. (*Progrès méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benoit (de la Haye-du-Puits); Davat (d'Aix-les-Bains); Dugout-Bailly (de Marseille); Legris (de Morlaix); Maltrait (de Saint-Bonnet-le-Château); de Paszkowski (de Beaumont-sur-Oise); Pouzols (de Monistrol); Royer (de Lyon); Sailly (de Grand-Reullecourt).

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 février 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Abadie ; Sur les causes probables d'insuccès de la lymphe de Koch. — 2. M. Desnos : Rapport sur la proposition de M. Wickham. — 3. Suite de la discussion sur le rapport de M. Duroziez.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

M. Verneuil poursuit, avec tout le zèle et l'ardeur qu'il met à l'étude des questions scientifiques, la campagne qu'il a entreprise contre la tuberculose. On peut dire qu'il en est déjà récompensé; l'agitation qui s'est produite dans les Sociétés savantes depuis 1885 et les travaux qui s'exécutent dans nos laboratoires sont un peu son œuvre; et si nos compatriotes n'ont pas encore trouvé le remède au mal, du moins ils n'ont pas non plus à leur actif une de ces reculades phénoménales comme celle qu'enregistrent actuellement les *Annales de la science*, à l'article Allemagne. En attendant, on travaille, et les acquisitions de la clinique marchent du même pas que celles des laboratoires.

Une des données qui s'accrédite de plus en plus dans le monde médical est celle de la curabilité de la tuberculose par les moyens thérapeutiques dont on dispose actuellement et, en particulier, par le séjour au grand air ou au bord de la mer. Par suite, le fatalisme qui s'était en quelque sorte accroché à l'idée de phthisie va en diminuant; mais cette idée si rassurante, si consolante n'a pas encore assez pénétré dans les masses, où l'on

FEUILLETON

CAUSERIE

Il y a longtemps que j'ai renoncé à relever les erreurs de bibliographie qui se glissent dans les ouvrages de médecine. Avec le temps et l'expérience, je suis devenu plus indulgent pour les auteurs, et je suis assez porté à croire que beaucoup de fautes sont celles de l'imprimeur ou du correcteur. Aussi, si je reprends aujourd'hui la plume pour reparler de ces fautes, ce n'est plus pour tomber sur le dos des auteurs, mais pour les prier en grâce de s'arranger de manière à obtenir des imprimeurs qu'ils laissent moins d'incorrections dans leurs œuvres.

Une des publications les plus maltraitées sous ce rapport est celle des thèses de Paris. J'ai eu dans ces derniers temps l'occasion d'en parcourir quelques-unes et j'ai été véritablement effrayé du galimatias que les imprimeurs y ont introduit. J'avoue que, si j'avais été juge de ces thèses, je n'aurais pas hésité à les refuser, et à motiver mon refus de manière à ce que l'élève ait pu intenter un procès en dommages-intérêts à l'imprimeur. J'aurais dit : *refusé pour fautes d'impression qui rendent la thèse illisible*. Et je suis sûr que les autres juges n'auraient pas hésité à adopter ma manière de voir.

Permettez-moi de vous citer quelques exemples à l'appui de ce qui précède.

Voici ce que je trouve dans la thèse de M. Simonet, 27 novembre 1890, p. 17, note 2 :

considère encore trop les phthisiques comme fatalement voués à la mort. C'est contre ce préjugé que M. Verneuil s'est efforcé de réagir dans une première conférence faite l'hiver dernier à l'Union des femmes de France, et samedi dernier à Rouen, dans une des salles de l'hôtel de ville, mise gracieusement à sa disposition par la municipalité.

Cette réunion avait été organisée par l'un des adversaires les plus convaincus de la tuberculose, M. Pallu, ancien officier de marine, le promoteur de l'Œuvre des établissements marins, dont on connaît le beau spécimen récemment créé à Pen-Bron. M. Pallu ne recule devant rien pour trouver les fonds nécessaires à l'accroissement de Pen-Bron; il mendie à sa façon en provoquant des réunions dans lesquelles il expose ses idées philanthropiques avec une telle chaleur qu'il remue les esprits et force les bourses à s'ouvrir. A la suite d'une conférence de ce genre, à laquelle précisément M. Verneuil avait encore pris part, et qui eut lieu en juillet dernier dans une salle du Grand-Hôtel, un généreux assistant, dont je regrette d'avoir oublié le nom, fit don à l'Œuvre de M. Pallu d'une somme de 50,000 francs, juste de quoi élever un nouveau pavillon, qui du reste est déjà presque terminé. J'aime à croire que les Rouennais, qui ont déjà envoyé plusieurs de leurs enfants à Pen-Bron et qui sont ainsi intéressés à sa prospérité, imiteront ce bon exemple.

Les établissements maritimes, où les enfants peuvent revivre au grand air, sont évidemment destinés à prendre une grande importance dans la prophylaxie et la thérapeutique de la tuberculose, et l'on ne saurait trop encourager ceux qui ont eu l'idée de créer des établissements de ce genre sur divers points de notre littoral. A défaut de substance vaccinale, employons l'hygiène contre la tuberculose.

— Un des préjugés qu'il faut encore s'efforcer de combattre, concerne l'usage du lait. On sait que cette question est une de celles qui ont le plus passionné l'Académie au cours de la discussion qui eut lieu en 1889-1890. Plusieurs membres se sont inscrits en faux contre l'opinion qui attribuait au lait non bouilli des vaches une influence pathogénique dans la

---

The cui crimati Lancet aud observe; cela veut dire, je suppose : *The Cincinnati Lancet and Observer.*

P. 35, note 1 et 2, Saint Barthélémy Hospital.

Si vous dites Saint-Barthélémy, dites aussi Hôpital, francisez le tout. Si vous préférez Hospital, dites St Bartholomew, anglisez le tout.

A la page 39, dans le titre de l'observation IV, on lit : *Bulletin social chirurgical. Nouvelle*, 1888. On ne se douterait guère certainement que cela veut dire : *Bulletin de la Société de chirurgie,* nouvelle série, 1888. Tout le titre du reste est à refaire. Voici en effet comment il est libellé : (*Bulletin social chirurgical. Nouvelle*, 1888, p. 924.) Ostéotomie du fémur pour cal vicieux. Dr Berger, appareil Hennequin, 28 novembre 1888.

Je l'aurais ainsi rédigé : Dr Berger, Ostéotomie du fémur pour cal vicieux; extension continue avec l'appareil Hennequin (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 28 novembre 1888, p. 924.), et j'aurais supprimé *nouvelle*, qui ici n'a aucune importance. Comme il n'y a qu'un volume par année, la date 1888 suffit amplement.

En voici une qu'il m'aurait été impossible de traduire et de comprendre sans recourir à l'ouvrage dont je connaissais heureusement la figure, ce qui m'a permis de le reconnaître sous ce travestissement :

Kaposi, *Path. u. Ther. d. Billroth. u. Luccke's deutsche chir.*, XI, p. 121, Stuttgart, 1881.

Ce qui veut dire : Kaposi, *Pathologie und Therapie der Syphilis*, in Billroth und Luecke, *Deutsche Chirurgie*, Lieferung XI, p. 121, etc. (Thèse de M. Ostwalt, 11 janvier 1891, p. 49, note 3.)

tuberculose. Cependant les faits qui tendent à confirmer cette opinion se multiplient, et celui que M. Ollivier vient de communiquer précisément à l'Académie nous semble des plus démonstratifs.

Un pensionnat de Chartres est alimenté en lait, pendant neuf années, par une vache qui est reconnue manifestement tuberculeuse quand on la conduit à l'abattoir. Or, pendant ce temps, onze pensionnaires, ayant presque toutes des parents robustes et bien portants, deviennent phthisiques, et sept d'entre elles sont déjà mortes. L'enquête à laquelle s'est livré M. Ollivier prouve bien que c'est à la vache tuberculeuse du pensionnat qu'il faut attribuer ces désastres. Aussi, dit-il, l'hygiène doit tirer des faits de ce genre cette conclusion : faites bouillir votre lait; il est impossible d'affirmer qu'il ne renferme pas de bacille, même dans les cas où tout semble prouver qu'il est excellent.

M. Nocard insiste sur cette conclusion et la pousse même plus loin; il faut faire bouillir le lait, lors même qu'on connaît la vache qui l'a fourni et quelle que soit la bonne santé apparente de cette vache. Et il cite à l'appui de son dire cette anecdote caractéristique.

Il y a quelque temps, un grand éleveur voyait mourir presque subitement un magnifique veau de quatre mois sur lequel il fondait de grandes espérances pour les concours agricoles. M. Nocard examina les viscères, et trouvant que le veau avait des ganglions farcis de tubercules, il émit l'avis, sachant qu'il n'avait jamais bu d'autre lait que celui de sa mère, que cette mère était malade et que ses pis, en particulier, devaient être le siège d'ulcérations nombreuses. Or, cette vache était une bête magnifique, primée à plusieurs concours; on avait peine à croire qu'elle pût être incriminée, et cependant, par la suite, l'exactitude de l'hypothèse de M. Nocard fut démontrée, car les poumons, les ganglions, comme les pis de cette bête étaient farcis de tubercules.

Et nunc erudimini! Et faites bouillir votre lait!

— La Société des chirurgiens des hôpitaux a adopté le vœu qu'à l'avenir les chefs de service puissent se faire assister d'un de leurs jeunes collè-

---

M. Limperopoulo nous donne la suivante : *Zur Diagnose der Tricuspida linsufficienz, Berl. klin, Worchercher,* pour *tricuspidal Insufficienz* et *Wochenschrift.* (Thèse du 14 janvier 1891, p. 10.)

J'ai renoncé à comprendre celle-ci : Otto, Seltene *Beobachtungen zur Anatomie Pathologie und pathologie collection,* p. 140, donnée par M. Rossignol. (Thèse de doctorat, Paris, 24 décembre 1890, p. 55.)

La thèse de M. Dennetières, du 24 décembre 1890, estropie les noms propres de la manière la plus bizarre. C'est ainsi que nous trouvons : Paré, Levereano (plusieurs fois), Maizary, Rante, Petha, Viceladoni, pour Paci, Severeano, Margary, Ranke, von Pitha, Nicoladoni.

J'en passe bien d'autres. Je ne veux pas d'ailleurs continuer une énumération qui n'a pas la prétention d'être un *errata*, ni un éreintement; mais seulement celle d'attirer l'attention des auteurs et des imprimeurs de thèses sur la nécessité de ne pas trop diminuer le prestige de cet ordre de travaux, qui n'a pas déjà trop bonne réputation dans la littérature médicale.

*
* *

A propos de l'affaire Wladimiroff, M. le docteur Guimbail a écrit dans le n° 2 d'une publication nouvelle, les *Archives de psychiatrie et d'hypnologie* (que j'ai l'honneur de présenter à nos lecteurs), un intéressant article sur la morphinomanie conjugale. Cet article me révèle un côté de la vie qui m'était absolument inconnu : un mari réfrigéré,

gues du Bureau central, qui pourrait également se charger de leur service de consultations. Ils ont décidé, en outre, qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conditions actuelles du concours du Bureau central.

La première de ces décisions est d'accord avec l'opinion que nous avons exprimée ici même il y a quelques semaines. La seconde tranche la question du concours pour les places d'assistants et nous donne raison, puisque nous avions dit qu'il nous paraissait juste que les assistants, ayant les mêmes droits et les mêmes devoirs que les chefs de service, devraient avoir le même titre. — L.-H. P.

Hôpital de la Charité. — Professeur Duplay.

De l'hygroma olécranien.

Messieurs, nous allons opérer tout à l'heure un malade qui est entré dans nos salles pour une tumeur du coude droit. C'est un homme de 49 ans, cocher, couché au n° 25 de la salle Velpeau; il ne présente pas d'antécédents pathologiques notables, est très vigoureux, et du reste son affection est purement accidentelle. Il y a trois ou quatre mois, ce malade a fait une chute dans un escalier; le coude droit et la hanche droite ont porté et la contusion de ces parties a entraîné d'assez vives douleurs. Les jours suivants, au coude, il n'y a pas eu de gonflement, mais une certaine sensibilité de la région.

Il y a dix-huit jours, notre malade s'est aperçu qu'il avait une petite tumeur en arrière du coude droit; cette tumeur était indolente spontanément, à peine sensible à la pression et grosse comme une petite noix. Elle s'est accrue assez rapidement, puisque, actuellement, elle a pris le volume d'une mandarine. A l'examen, on constate que la tumeur répond au sommet de l'olécrane; sa face profonde adhère à l'os et semble être en relation de continuité avec lui. Elle est hémisphérique, et devient plus saillante

---

époux d'une femme jeune, jolie, pas réfrigérée du tout, au contraire, en fait une morphinomane pour l'abaisser à son degré de froideur.

La femme, c'est Mme Dida; belle, riche, heureuse, elle est la victime de la jalousie de son mari, frappé d'impuissance, et celui-ci se rend coupable vis-à-vis d'elle du plus criminel des empoisonnements, celui de la morphine.

« Morphinomane lui-même, rendu par l'effet de cette tyrannique passion incapable de remplir ses devoirs de mari, il est mordu à la vue de sa femme jeune et belle par de cruels soupçons et tourmenté de chimériques inquiétudes. Astucieux et perfide, mal conseillé par une folle jalousie, il cherche un moyen efficace pour protéger sa femme contre les défaillances possibles et l'entraînement de la passion. Et comme depuis les croisades le renouvellement des siècles n'a plus laissé à l'antique bouclier, dont le musée de Cluny nous offre un dernier spécimen, qu'un intérêt rétrospectif, — il s'adresse à la morphine pour éteindre chez sa malheureuse compagne tout éveil de sensualité et prévenir toute surprise de l'amour. »

Ce trait de mœurs n'est point banal : le criminel raffinement de cet émasculé féroce, vantant à sa femme les bonheurs artificiels, les paradisiaques félicités procurées par la morphine, dans l'intention secrète de tuer chez elle les tentations de la chair, constitue une des conséquences les plus imprévues et les plus singulières de notre époque ultra-civilisée (*fin de siècle*, comme on pourrait dire encore).

Et M. Guimbail examine comment on peut rendre une femme morphinomane et frigide, comment on peut tomber ainsi sous l'application de la loi et en subir les conséquences.

quand le malade fléchit le coude. La peau de la région est normale dans sa couleur et sa température, et c'est à peine si l'on peut signaler dans son épaisseur quelques veinules sans importance; on peut la plisser, ce qui prouve qu'elle n'adhère pas à la production morbide. La tumeur est molle et présente une fluctuation très nette dans toutes ses parties. Cependant, cette fluctuation n'est pas franche comme dans certaines tumeurs liquides à parois minces. Il y a, en effet, une paroi épaisse qui adhère aux parties profondes et qui, ainsi que je vous l'ai déjà dit, ne peut être séparée de l'olécrane. Sur cette paroi, on constate une série d'irrégularités, d'élevures saillantes, très dures, adhérentes, semblant se développer dans l'intérieur de la poche. Lorsqu'on explore attentivement cette paroi profonde, on trouve ou plutôt on fait naître dans certains points des sortes de craquements, de frottements amidonnés.

Le diagnostic est facile, et il s'agit certainement d'une tumeur liquide; l'absence de toute douleur, de toute altération de la peau permet d'affirmer qu'il n'y a pas de pus. Si l'on se reporte aux commémoratifs, on pourrait peut-être penser à une collection sanguine développée à la suite de la chute, de caillots plus ou moins transformés donnant les sensations spéciales que l'on perçoit. Mais, bien qu'il ne faille pas attacher trop d'importance à ce que racontent les malades, le récit que fait notre homme, qui semble intelligent, ne nous permet guère de nous arrêter à cette hypothèse. D'après lui, en effet, il ne s'est rien produit au coude après la contusion, il n'y a pas eu de gonflement, et cela nous permet d'éliminer la possibilité d'un épanchement de sang. En fait, il s'agit certainement d'une collection séreuse qui n'a rien d'exceptionnel dans la région. Vous savez, en effet, qu'à la face postérieure de l'olécrane existe une cavité close, préformée, où l'on rencontre des épanchements de sang à la suite de contusions et des épanchements de sérosité à la suite d'irritations chroniques qui sont généralement de cause professionnelle. Ces derniers épanchements constituent ce que l'on appelle l'hygroma chronique, qui est très commun dans certaines professions où la région est exposée à des frotte-

---

Il rapporte à ce sujet une historiette qui est encore plus fin de siècle peut-être que celle de Mme Dida.

« Je sais, dit-il, le cas d'un mari, vivant avec sa femme en état de parfaite incompatibilité d'humeur qui, sournoisement, et par des artifices trop longs à décrire, poussa sa femme à contracter l'habitude de la morphine. Il réussit à faire d'elle une morphinomane et se servit de cette passion provoquée — au cours d'un procès en divorce — comme d'un argument qui suffit peut-être à entraîner la conviction des magistrats. Si je n'avais été lié par le secret professionnel, je n'aurais pas hésité un instant à dénoncer cette nfamie à la rigueur des lois. Je la dénonce ici, sous le voile de l'anonyme. »

Et notre confrère donne de son travail les conclusions suivantes dont les personnes compétentes pourront faire leur profit.

« 1° La provocation à la morphinomanie doit être assimilée à une tentative d'empoisonnement ;

« 2° L'introduction sous la peau, en injections hypodermiques, de solutions de morphine, constitue un réel et véritable empoisonnement ;

« 3° Pratiquée par l'un des époux sur l'autre en dehors de la prescription médicale, elle se complique d'un infâme attentat ;

« 4° Elle entraîne, au point de vue civil, des conséquences extrêmement graves, non prévues jusqu'ici, dont la connaissance s'impose à l'attention des magistrats, et dont les tribunaux auront à connaître tôt ou tard, étant donné le nombre chaque jour croissant des tributaires de la morphine. »

ments très fréquents. Chez notre malade, il est possible que le traumatisme ait déterminé un certain degré d'irritation, mais que l'épanchement ne se soit produit qu'à la suite des contusions que se font facilement les gens à profession manuelle. Peut-être aussi y avait-il un commencement de tumeur avant la chute qui n'aurait alors entraîné qu'une augmentation dans l'épanchement? Enfin, les circonstances étiologiques nous permettent d'admettre la possibilité de la présence d'un peu de sang dans le liquide séreux.

L'hygroma chronique ou hydropisie d'une bourse séreuse sous-cutanée se rencontre le plus ordinairement à la face antérieure de la rotule et à la face postérieure du coude. On peut trouver, du reste, des collections de même nature dans toutes les régions où existent des bourses séreuses normales ou anormales, ces dernières dépendant, du reste, souvent de la profession.

Il y a deux formes anatomiques d'hygroma chronique et il est important de les bien connaître, car leur traitement diffère. Tantôt les parois de la poche sont très minces, la fluctuation franche et il n'y a que du liquide dans la cavité ; tantôt les parois sont plus ou moins épaisses et résistantes, et il peut arriver que les parties solides l'emportent sur les parties liquides. Sans que ce degré extrême soit atteint, très fréquemment sur la partie interne de l'hygroma, sur celle qui répond à l'os, se développent des épaississements partiels qui prennent quelquefois l'aspect de prolongements polypiformes, tendent à se pédiculiser et peuvent même devenir libres par rupture de leur point d'attache sur la paroi de la tumeur. Ces productions sont constituées par du tissu fibreux dans lequel peuvent se développer des cellules cartilagineuses, tandis que d'autres fois, ou en même temps, il se dépose des sels calcaires. On peut dire que les corps flottants que l'on rencontre dans les hygromas ont exactement la même pathogénie que les corps libres intra-articulaires. Ces productions peuvent se développer sur les deux parois de la tumeur, mais elles sont bien plus fréquentes sur la paroi adhérente. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de corps flottants, il peut

---

*
* *

Qui eût dit qu'on pouvait trouver un rapport entre la position des jambes et la sociabilité? Encore une question bien fin de siècle !

Le seul défaut de l'Allemand, au point de vue social, consiste en ce qu'il ne peut pas croiser les jambes. Or, les relations sociales ne peuvent atteindre leur maximum d'agrément qu'autant que les sujets qu'elles unissent présentent des aptitudes anatomiques pour cette position. Dans l'action, les jambes sont parallèles; dans les moments d'émotion, elles prennent diverses attitudes variées ; mais, pendant les plaisirs calmes de la vie sociale et de la bonne fraternité, les jambes sont croisées. On ne saurait dire si cette inaptitude physiologique des Allemands est due à une absence de centres corticaux pour les muscles adducteurs, à une faiblesse du système nerveux périphérique ou à un développement excessif du panicule graisseux intra-crural : dans tous les cas, c'est là un défaut profondément fixé dans la race. (*Medical Record*, 20 décembre 1890, p. 702.)

SIMPLISSIME.

se produire une altération différente de la paroi, qui consiste dans des épaississements partiels, plus ou moins étendus, pouvant même occuper la plus grande partie de la surface. Plusieurs épaississements étendus, placés à côté les uns des autres, sont séparés par des rainures et, en clinique, on peut faire la confusion avec de véritables solutions de continuité des os. A la rotule, on peut hésiter entre l'existence ou l'absence de la fracture, quand l'hygroma est constaté à la suite d'une contusion. La douleur qu'entraîne cette dernière, l'épanchement qui l'accompagne justifient alors d'assez grands doutes.

Chez notre malade, il n'y a pas lieu de songer à une fracture du coude; il a simplement un hygroma chronique avec altération des parties profondes de la poche, épaississement partiel du tissu fibro-séreux.

Il n'y a guère lieu d'insister sur le diagnostic différentiel. Cependant, on peut confondre l'hygroma dont nous nous occupons avec les kystes séreux à grains riziformes qui se développent dans les synoviales articulaires ou non articulaires, et qui, comme vous le savez, sont considérés maintenant comme des kystes tuberculeux. Il faut se garder de confondre avec les grains riziformes les corps libres ou encore adhérents qui existent dans l'hygroma chronique, car il s'agit alors d'une affection essentiellement différente pour le pronostic. Les kystes tuberculeux se rencontrent habituellement chez des gens qui sont porteurs d'autres lésions de même nature, et ce n'est pas ici le cas, car la santé du malade est excellente.

Le pronostic de l'hygroma chronique est assez bénin. Cependant la bénignité n'est que relative, car la maladie peut devenir très gênante, et le traitement, s'il n'est pas judicieusement fait, entraîne certains accidents. Peut-être, arrivée à un certain volume, la tumeur peut-elle s'arrêter dans son développement; mais il n'y a guère lieu d'espérer cet arrêt, et presque toujours la marche est progressive.

Dans certains cas, le volume de l'hygroma devient excessif et l'aspect est alors celui d'une tumeur solide par suite de la transformation calcaire ou fibro-calcaire des parois. Chez les goutteux invétérés, des dépôts de matière tophacée infiltrent les parois et remplissent la cavité. Je me rappelle avoir opéré un malade qui présentait des tophus sur différentes parties du corps et qui avait un hygroma olécranien. Ce dernier était rempli de matière crayeuse, enflammé, ulcéré, et fournissait un abondant écoulement de pus. Indépendamment de ces complications spéciales, la tumeur arrive à gêner beaucoup par son volume. A la suite d'une chute, elle peut devenir le siège d'épanchements sanguins qui augmentent la tension et la tendance aux transformations. Les traumatismes avec plaie, lorsqu'ils portent sur un hygroma, deviennent facilement l'origine d'accidents graves, de phlegmons diffus des membres. En somme, il s'agit là d'une affection qu'il faut traiter assez vite.

Il n'y a rien à attendre du traitement médical, ni de l'emploi des topiques extérieurs; rien ne peut faire rétrograder une poche organisée comme celle de l'hygroma, et l'intervention chirurgicale s'impose. Dans vos livres, on dit que l'on peut arriver à la guérison, soit en oblitérant la cavité de la tumeur, soit en extirpant complètement les parois. Pour obtenir l'oblitération, on ne dispose guère que de la ponction suivie de l'injection iodée. Ce mode de traitement ne peut réussir que quand les parois sont minces, dépressibles et qu'elles peuvent revenir sur elles-mêmes; au contraire, si les parois restent rigides après évacuation du liquide, la ponction et l'in-

jection seront presque certainement suivies d'accidents. Elles sont donc absolument contre-indiquées dans ces cas, et il faut recourir à la destruction de la poche, surtout s'il y a des corps étrangers plus ou moins libres. L'extirpation permet à peu près seule d'arriver à ce résultat. Cependant deux méthodes sont usitées. Dans la première, on ouvre largement et on gratte les parois à l'aide d'une curette tranchante; puis, après destruction complète de ces parois, on referme et on espère obtenir ainsi un accolement des tissus qui supprime la cavité. Cette méthode est infidèle et les récidives sont fréquentes si les parois sont épaisses, car, quel que soit le soin que l'on apporte au grattage, il arrive fréquemment qu'une petite portion de l'enveloppe subsiste, et cela suffit pour que l'hygroma se reproduise. Comme, d'autre part, la ponction et l'injection iodée conviennent dans les cas où la paroi est mince, il n'y a pas lieu de recourir au grattage. Pour l'extirpation, la dissection de la paroi antérieure est généralement facile; mais, lorsque l'on arrive à la paroi profonde de certains hygromas très étendus du genou, on se rapproche beaucoup des prolongements de la synoviale qui peuvent être facilement ouverts. Bien que cet accident soit beaucoup moins grave, maintenant que nous possédons l'antisepsie, il convient de l'éviter en combinant l'emploi de l'extirpation et du grattage. On extirpe tout ce que l'on peut enlever facilement, et l'on gratte énergiquement les parties profondes en ne s'arrêtant que lorsqu'on est sur l'os.

L'incision que l'on fait pour l'extirpation de l'hygroma est généralement médiane, conique ou cruciale, et on dissèque ensuite facilement les lambeaux. Or, c'est là une mauvaise pratique, parce que, au genou, par exemple, la cicatrice se trouve sur la partie antérieure et est exposée ainsi à de nombreuses contusions dans différentes circonstances; de telle sorte que, pour les éviter, on fait porter une genouillère. Il est beaucoup plus simple de chercher à placer la cicatrice de telle façon qu'elle ne soit pas exposée aux chocs. J'ai l'habitude, pour cela, de faire une incision demi-circulaire, à convexité dirigée vers la racine du membre; j'obtiens ainsi un lambeau que je peux abaisser pour arriver jusqu'à la tumeur et réappliquer après son extirpation. Il faut agir de même pour le coude, et je vous conseille cette incision, à moins que la forme ou l'étendue de l'hygroma ne vous force à recourir au procédé classique.

REVUE DES JOURNAUX

Influence de la leucémie sur la grossesse et le travail. (*Revue de thérap.*) — La grossesse est un des états qui modifient le plus la constitution du sang; une des modifications pathologiques intéressantes, quoique rare, est la leucémie que Cameron, professeur d'obstétrique à Montréal, a particulièrement étudiée au cours de la grossesse. Déjà, au Congrès de Washington, il en avait fait connaître un cas chez une femme qui traversa heureusement deux grossesses; les enfants étaient d'ailleurs bien portants et n'étaient pas leucémiques, ce qui démontre l'imperméabilité du placenta aux leucocytes et l'indépendance des circulations maternelle et fœtale. Cameron a complété ses observations et, s'appuyant sur d'autres faits connus, donne les conclusions suivantes :

1° Une mère leucémique peut arriver à terme et avoir un enfant sain;

2° La leucémie expose à l'avortement ou met la femme dans un état qui favorise l'accouchement avant terme;

3° La leucémie chez les femmes enceintes tend à prendre une marche rapidement fatale;

4° Pendant les trois ou quatre premiers mois de la gestation, on observe peu de troubles, mais ceux-ci deviennent rapidement graves lorsque la grossesse arrive;

5° La leucémie n'est pas un obstacle à la grossesse dont elle ne diminue pas la fréquence;

6° Les résultats de l'examen du sang confirment les précédents;

7° L'épistaxis, l'hématémèse, le mélœna, sont des symptômes fréquents pendant la gestation, mais il n'y a pas d'hémorrhagie utérine pendant le travail;

8° La menstruation peut être affectée, rare ou profuse;

9° La lactation est compromise et le lait est assez altéré pour être nuisible;

10° La question de l'influence de l'hérédité n'est pas résolue. Dans une observation, cependant, on note que la grand'mère, la mère, le frère présentaient des symptômes leucémiques. Deux enfants sont devenus leucémiques, tous ont eu de l'ictère et des engorgements ganglionnaires. Une enfant, née avant que sa mère devînt leucémique, présenta plus tard la leucémie liénale. Il semble donc que ce soit la prédisposition qui se transmette. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 février 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend : Les journaux et revues; — la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. X, n°s 5, 6, 7 et 8; — les *Annales*, t. VI, n° 1, et le *Bulletin*, année V, n° 14, et année VI, n°s 1 à 6 de l'Académie nationale de médecine de Rio-de-Janeiro.

M. le Secrétaire général communique une lettre de M. Dobieszewski, membre correspondant, qui invite la Société à venir contrôler les expériences qu'il a instituées au laboratoire de M. Dujardin-Beaumetz pour établir l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition.

— M. Desnos : A propos du procès-verbal, j'ai regretté de ne pouvoir assister à la dernière séance, dans laquelle j'aurais apporté les quelques faits suivants à l'appui de l'opinion soutenue par M. Wickham dans son rapport sur le travail de M. Jullien. Je n'ai pratiqué l'excision du chancre induré que quatre ou cinq fois; les résultats que j'en ai obtenus ayant été négatifs, je n'ai pas cru devoir prolonger plus longtemps l'expérience. Un si petit nombre d'observations a peu d'importance; j'en détacherai pourtant un fait qui est très significatif. Il s'agit d'un jeune homme qui, huit jours avant son mariage, avait eu des rapports avec une femme qu'il avait su depuis être syphilitique. Il observait donc avec la plus grande attention les moindres phénomènes qui pouvaient survenir sur la région exposée. Trois semaines environ après le coït suspect, le jeune homme vint me montrer une légère érosion qu'il avait remarquée le matin même; elle siégeait dans un pli de la peau du prépuce, était allongée, mesurait à peine 2 millimètres, n'était nullement indurée, et il était impossible de porter le diagnostic de chancre; il n'y avait pas trace d'adénopathie inguinale. Cependant, étant données les circonstances particulières où se trouvait ce jeune marié, et devant sa prière, je pratiquai très largement l'excision de toute la peau qui environnait l'ulcération à 5 millimètres environ de celle-ci; les bords de la plaie furent suturés et la réunion fut complète par première intention. Malgré cela, une éruption de taches rosées lenticulaires eut lieu six semaines après et la syphilis suivit son cours ordinaire. J'ai tenu à relater le fait, car je ne crois pas qu'il soit possible de pratiquer l'excision du chancre à une époque plus rapprochée de son début; on voit ainsi avec quelle rapidité se fait l'infection géné-

rale, si on admet qu'elle n'a lieu qu'à dater de l'éclosion de l'accident primitif, et on peut se demander si, dans certains cas tout au moins, cette infection ne se généralise pas aussitôt après l'inoculation; la longueur de l'incubation n'est pas un argument irréfutable.

Si prolongée qu'ait été l'observation de M. Jullien sur quelques-uns de ses malades, je crois qu'il ne faut pas se hâter de déclarer guéris des syphilitiques. Je me rappelle en ce moment l'observation d'un malade qui, porteur d'une légère ulcération du gland, avait été soumis à mon observation et à celle d'un de mes confrères, médecin des hôpitaux ; cette ulcération ne présentait qu'à un très faible degré le caractère d'un chancre syphilitique, et nous résolûmes d'attendre en observant minutieusement le malade qui fut examiné au moins une fois par semaine pendant plus d'une année. Aucun symptôme secondaire ne se manifesta ni pendant le cours de cette année ni pendant les cinq années qui suivirent. L'an passé seulement, c'est-à-dire six ans après l'existence de l'ulcération balanique, survint une gomme de la cuisse qui céda au traitement mercuriel et ioduré. On peut donc s'attendre à bien des surprises, surtout chez les malades dont l'évolution des premiers symptômes a été irrégulière et dont le traitement spécifique n'a pas été longtemps prolongé. Les observations de M. Jullien seront donc bien plus probantes dans quelques années si la guérison de ses opérés se maintient; ou bien — et cela seul serait une démonstration irréfutable — si l'un d'eux contractait une syphilis évoluant régulièrement.

L'excision immédiate du chancre induré, bien que me paraissant ne procurer que bien rarement l'immunité ultérieure, peut cependant être conseillée, mais en se plaçant à un autre point de vue, celui de la prophylaxie de la syphilis. Certains individus peu scrupuleux, surtout les prostituées, constituent des agents très actifs de diffusion de la maladie. Excisez le chancre et ne renvoyez le malade qu'après la cicatrisation complète de la plaie opératoire; il restera inoffensif jusqu'à l'apparition des plaques muqueuses. La méthode serait loin d'être radicale, car on sait que la syphilis est transmise surtout par les plaques muqueuses de la femme chez laquelle le chancre passe souvent inaperçu; mais, si elle se généralisait, on empêcherait néanmoins un certain nombre de contagions.

— M. Chervin fait une communication sur le *bégayement hystérique*. (Sera publiée.)

M. Dubuc : L'hérédité joue-t-elle un rôle?

M. Chervin : Probablement. Mais je crois que l'imitation agit plus que l'hérédité proprement dite.

M. Leudet : M. Chervin a-t-il rencontré des malades parlant plusieurs langues, bégayant dans l'une et non dans les autres?

M. Chervin : J'ai vu des bègues parlant plusieurs langues et bégayant dans chacune. Une jeune fille russe, qui connaissait quatre ou cinq langues, ne bégayait pas en parlant le russe, parce qu'elle ne s'en servait qu'avec les domestiques, en présence desquels elle n'avait aucun sentiment de timidité.

M. de Beauvais : L'influence du chant est-elle constante?

M. Chervin : Oui. Cela tient à ce que dans le chant il y a un rythme auquel on est absolument astreint. Or, pour guérir les bègues, il faut surtout chercher à régulariser les sons et les placer dans les conditions mêmes du chant.

— La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Duroziez et la proposition de M. Wickham.

Election. — M. Jullien est nommé membre titulaire à l'unanimité des 19 membres présents.

— La séance est levée à six heures.

De quelques nouvelles médications.

Acide trichloracétique comme astringent et caustique. (*Revue de thérapeutique*, 1890, 19.)

Ehrmann a employé cet agent dans le traitement des maladies du nez et de la gorge. Il frictionne les parties affectées avec un cristal de l'acide. Il se forme une croûte blanche localisée qui se détache rapidement. Pas de réaction inflammatoire dans le voisinage, ni phénomènes secondaires fâcheux. Dans les 140 cas sus-énumérés, 87 ne furent cautérisés qu'une seule fois, 30 deux fois, et les cas restants, trois à cinq fois. Guérison persistante dans 122 cas. Ehrmann s'est assuré que, parmi les caustiques, l'acide trichloracétique occupe le premier rang pour le traitement des maladies du nez et de l'arrière-bouche.

L'acide trichloracétique peut aussi être employé avec avantage comme astringent. Voici la formule recommandée par l'auteur :

Iode pur..............................	15 grammes.
Iodure de potassium..................	20 —
Acide trichloracétique................	15 à 30 grammes.
Glycérine.............................	30 grammes.

M. D. S. — Badigeonnages à appliquer sur les parties malades avec un tampon d'ouate.

Le goût de cette solution n'est pas désagréable; elle est suivie d'une sensation de cuisson insignifiante. L'auteur s'est servi de cette solution dans 1 cas d'amygdalite folliculaire (guérison après trois badigeonnages), 2 cas d'ozène (échec complet), 14 cas de pharyngite chronique diffuse (8 guérisons, 6 notablement améliorés) et 13 cas de pharyngite sèche (2 guérisons, 5 notablement améliorés, 4 échecs, 2 résultats inconnus).

P. N.

Traitement du coryza, par M. Kohler (*Annuaire de thérapeutique*).

L'auteur recommande le traitement suivant basé sur l'emploi du camphre. Dans un vase plus profond que large, on met une cuillerée à café de camphre pulvérisé ; on remplit à moitié d'eau bouillante et on recouvre le tout d'un cornet de papier, dont le sommet est percé d'une ouverture que l'on applique sur le nez. Pendant cinq à dix minutes, on respire les vapeurs d'eau chargée de camphre et on répète ces inhalations toutes les quatre ou cinq heures. Trois inhalations suffiraient pour arrêter le coryza le plus rebelle, à la condition toutefois de respirer pendant le temps prescrit les vapeurs de camphre qui irritent le nez et le pharynx. Les vapeurs d'eau provoquent une sudation abondante des muqueuses nasale et pharyngienne, qui agissent dans un sens favorable sur le catarrhe pharyngien concomitant. — P. N.

FORMULAIRE

Pate contre l'acné. — Kaposi.

Soufre précipité et lavé.....................	āā 10 grammes.
Glycérine pure...............................	
Carbonate de potasse.........................	
Hydrolat de laurier-cerise...................	
Alcool de Montpellier........................	

F. s. a. — Après un savonnage complet, cette pâte est étalée sur la peau pendant la nuit. On l'enlève le lendemain matin, et on la remplace par un onguent de zinc ou par de la glycérine. — N. G.

COURRIER

Le jury du concours du Bureau central est constitué par MM. Brocq, Ollivier, Hanot, Rendu, Gouguenheim, Moizard et Humbert.

Les candidats inscrits pour les trois places mises au concours, sont par ordre alphabétique :

MM. Achard, Barbe, Barbier, Baudouin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruhl, Capitan, Cayla, Coffin, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Gauchas, Gaume, Gennes (de), Gilles de la Tourette, Gillet, Giraudeau, Girode, Guinon (L.), Guinon (G.), Havage, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffitte, Launois, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Lion, Lyon, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu (Alb.), Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond (Paul), Ribail, Robert, Roger, Springer, Thoinot, Tissier, Vaquez, Weber, Widal, Wurtz.

— Un concours sur titres est ouvert entre les médecins dentistes de nationalité française, domiciliés dans l'enceinte de Paris, sur la rive droite de la Seine, qui désireraient occuper le poste récemment créé au collège Rollin. — Pour tous renseignements, s'adresser à la direction dudit collège.

— Une « Société des sciences naturelles de l'ouest de la France » vient de se fonder au Muséum de Nantes.

Les personnes qui veulent faire partie de cette intéressante Société sont priées d'adresser leur adhésion à M. le docteur Louis Bureau, directeur du Muséum d'histoire naturelles de Nantes.

On peut adhérer au titre : 1° de titulaire (habitant la ville de Nantes), 12 francs par an; 2° de correspondant (habitant en dehors de la ville de Nantes), 10 francs par an; 3° affilié (étudiant), 6 francs par an.

Un nouvel asile-ouvroir. — La Société philanthropique vient de fonder, rue de Blainville, n° 7, un asile-ouvroir destiné à recevoir pendant un certain laps de temps les ouvriers atteints par le chômage. Le séjour dans l'ouvroir ne devra pas dépasser trente jours. Les hospitalisés seront logés et nourris, mais, en retour, ils devront effectuer un travail qui consistera à fabriquer des jouets faciles à exécuter. Ils seront tenus de faire chaque jour une tâche calculée à raison de 1 fr. 50; tout ce qu'ils gagneront en plus formera un petit pécule qu'on leur remettra à la sortie de l'asile. Les objets fabriqués seront vendus par les soins de la Société; elle aidera aussi les hospitalisés à trouver du travail. La cérémonie d'inauguration a eu lieu le lundi 16 février, sous la présidence de MM. Jules Simon et René Goblet. Nous souhaitons à la nouvelle Société philanthropique le meilleur succès. (*Progrès méd.*)

Jubilé Virchow. — Le comité anglais qui s'est constitué à l'effet de coopérer avec le comité allemand pour la préparation du 70e anniversaire de Virchow, le 13 octobre 1891, se compose de MM. les professeurs J. Paget, Lauder-Brunton, Semon et V. Horsley. Il recueille les souscriptions à l'effet de contribuer aux frais de la médaille d'or qui sera remise à M. Virchow.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

La pleurésie interlobaire.

Messieurs,

Il y a en ce moment, au n° 17 de notre salle de femmes, une malade qui rend du pus par l'expectoration et est atteinte de ce que l'on appelle une vomique pleurale. La gravité de la vomique est très variable : tantôt le malade guérit assez facilement; tantôt, au contraire, il faut, pour qu'il se tire d'affaire, recourir à des opérations assez graves, et les suites de la maladie sont fort longues; elle peut même alors entraîner la mort. Il importe donc de rechercher, quand on se trouve en présence d'une vomique, les circonstances qui peuvent nous éclairer sur le pronostic.

L'histoire de notre malade est facile à exposer. C'est une enfant trouvée qui a toujours été très misérable. En 1875, elle couchait par terre, dans un lieu humide, et fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu qui guérit sans qu'il se soit produit de lésion cardiaque. La malade se remit tout en restant chétive, et, il y a cinq ans, elle présenta des accidents assez intenses du côté de l'estomac. Elle se rétablit encore jusqu'à il y a deux mois; à ce moment, elle fut prise de malaise, de toux, d'une douleur dans le côté, et entra chez mon collègue, M. Desnos. Au bout de quelques jours, elle se trouva mieux et sortit; mais, bientôt, elle fut reprise d'un grand malaise, d'une oppression excessive, d'une toux très fréquente, et demanda son admission dans nos salles.

A son entrée, la malade avait une toux férine d'une fréquence extrême, courte, brève, et en même temps expectorait une quantité abondante de crachats muco-purulents. A aucun moment de la maladie elle n'avait rendu brusquement une grande quantité de pus, c'est-à-dire que jamais l'expectoration n'avait présenté les caractères de la vomique classique.

En examinant la malade, on constatait tout d'abord l'existence d'une douleur excessive à gauche de la poitrine et dont le maximum se trouvait aux troisième et quatrième espaces intercostaux, un peu en dehors du mamelon; cette douleur s'étendait, du reste, en avant jusqu'en dessous de la clavicule et elle s'exagérait par les mouvements et par la toux. Sous la clavicule et en dehors, la matité était complète et la respiration nulle; on ne pouvait rechercher les vibrations thoraciques, vu l'affaiblissement de la malade qui ne pouvait parler que très difficilement et dont la voix était enrouée. En arrière, la sonorité était normale et un peu atténuée en haut; il y avait des râles sibilants et sous-crépitants des deux côtés de la poi-

trine, plus nombreux à gauche. A la partie externe, dans la verticale de l'aisselle, on trouvait, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux, une submatité accentuée; cependant, à l'auscultation, le murmure vésiculaire était très distinct et il n'y avait pas de souffle. Toute la région était tuméfiée, bien qu'il n'y eût pas d'œdème à proprement parler, mais de la bouffissure; le doigt s'enfonçait facilement, mais ne laissait pas de godet.

Les résultats de l'examen devaient faire penser de suite à une pleurésie interlobaire. On pouvait, il est vrai, songer à l'existence d'une pneumonie lobaire profonde. Dans ce cas, en effet, on trouve de la submatité et non de la matité, par suite de la résonance des parties superficielles qui sont encore perméables à l'air. Mais cette pneumonie profonde s'accompagne des crachats caractéristiques, de souffle, et il est très rare qu'on ne puisse pas, en certains points, entendre la crépitation caractéristique. Chez notre malade, on n'a constaté ni souffle ni crépitation. On pouvait encore penser à l'existence d'une pneumonie congestive, mais il n'y avait pas de souffle diffus et le murmure vésiculaire à la partie externe était normal; une percussion superficielle donnait de la sonorité et ce n'était qu'en percutant profondément qu'on obtenait de la submatité. Il est donc évident que le poumon présente une couche superficielle perméable à l'air, et que l'augmentation de densité n'existe que dans les parties profondes.

En dehors de la congestion pulmonaire et de la pneumonie profonde, on ne pouvait guère penser qu'à un épanchement pleural. Or, il n'y avait pas d'épanchement dans la grande cavité, car c'est vers la base qu'il s'accumule dans l'immense majorité des cas. Il se rassemble dans cette partie de la cavité pleurale parce que, quoi qu'on en ait dit, il obéit aux lois de la pesanteur, et, chez un malade au lit, il remplit d'abord le sinus costo-diaphragmatique en arrière, puis il remonte peu à peu, et, comme vous le savez, la courbe de la matité a alors été établie par Damoiseau. Même quand l'épanchement se fait à la partie supérieure de la poitrine, il descend dans la partie déclive.

A plusieurs reprises, dans le service, nous avons pu assister à cette évolution de la pleurésie. Nous constations d'abord, dans les parties supérieures de la poitrine, une pleurésie sèche qui se manifestait par des frottements, de la submatité et de la congestion pulmonaire, en même temps que la partie inférieure de la poitrine restait normale; peu après, un épanchement occupait cette partie inférieure, immédiatement au-dessus la plèvre et le poumon restaient sains sans modification des signes normaux à la percussion ou à l'auscultation, et enfin, tout à fait en haut, on constatait les signes de la pleurite. Dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, il ne s'agit pas d'un fait de ce genre, car la partie inférieure de la plèvre est toujours restée libre.

Les épanchements peuvent ne pas obéir aux lois de la pesanteur, quand ils sont entourés par les adhérences. Ces adhérences peuvent tenir à une pleurésie antérieure. Lorsqu'en effet du liquide est fourni par une inflammation des parties supérieures de la plèvre, ce liquide, en tombant dans les parties déclives, propage l'inflammation et entraîne la production d'exsudats. Ces exsudats arrivent à oblitérer plus ou moins complètement la cavité pleurale en s'organisant, réunissent les deux feuillets et forment ainsi des adhérences qui peuvent ne laisser libre qu'un peu de la partie supérieure de la cavité pleurate. Si alors une inflammation se produit dans

cette partie supérieure, le liquide ne peut s'épancher dans la partie inférieure, et la pleurésie est enkystée. Dans d'autres circonstances, l'exsudat devient très rapidement solide et entoure le liquide qui est ainsi contenu dans une sorte de loge. Cela se voit extrêmement souvent dans les pleurésies interlobaires, de telle sorte que les deux lèvres du sillon se trouvent très rapidement réunies. Le liquide s'accumule alors dans une cavité close, et il se forme ainsi une loge dans la profondeur du poumon.

Dans quelques cas, la pleurésie des tuberculeux forme un foyer limité à la partie supérieure du poumon. C'est là un fait exceptionnel, car, presque dès le début, la tuberculose entraîne la propagation du travail inflammatoire à la surface du poumon, et un des premiers signes de la maladie serait un frottement pleural à la partie supérieure. D'autres fois encore, il se produit des inflammations aigüës et rapides de la plèvre au voisinage des inflammations du poumon et des pleurésies enkystées; mais ce sont là des cas que l'on peut toujours considérer comme exceptionnels. L'enkystement peut aussi se produire à la base, dans la pleurésie diaphragmatique, par exemple.

Dans les pleurésies enkystées interlobaires, presque toujours l'épanchement est purulent. On a dit que cela était dû à une poussée inflammatoire excessive entraînant la suppuration; il est plus probable que cette dernière relève de la présence d'un agent infectieux spécial.

Le diagnostic des pleurésies enkystées est quelquefois assez délicat. Quand le liquide s'épanche au sommet même, on peut penser qu'il s'agit d'une tuberculose massive de cette région du poumon. Il y a cependant des signes distinctifs assez nets. Dans le cas de tuberculose, les vibrations thoraciques et le retentissement vocal sont augmentés, tandis que vibrations et retentissement disparaissent lors de pleurésie. Les difficultés s'accroissent lorsque la voix est supprimée; on se base alors sur le degré de la matité qui est plus considérable quand il s'agit d'un épanchement, la tuberculose du sommet étant rarement assez compacte pour donner un son absolument mat. La pleurésie interlobaire est surtout délicate à reconnaître; au début, il n'y a guère, comme signes, que de la matité profonde et de la fièvre. Quand ces signes sont constatés à la partie moyenne de la poitrine et qu'ils ne se déplacent pas, on peut penser à la maladie. Au début, les phénomènes pleuraux dominent, il y a un point de côté intense qui est souvent situé plus haut et plus en dehors que le point de côté pleurétique habituel. Cependant c'est là un simple indice de présomption, car la douleur pleurétique est très sujette à changer de place. Toujours au début, il y a des séries de frissons et une petite toux sèche qui ne s'accompagne pas d'expectoration, sauf quand il y a une congestion pulmonaire étendue, ce qui est rare. Si, en même temps que ces signes, on constate l'absence de frottements et de liquide dans la grande cavité pleurale, il y a de grandes présomptions pour que l'on se trouve en présence d'une pleurésie interlobaire. Cette dernière progressant tend à se rapprocher de la paroi thoracique, à devenir plus superficielle. Si alors on percute un peu fortement en dehors, au niveau de la région qui correspond au sillon interlobaire, on constate de la submatité, en même temps que le murmure vésiculaire superficiel reste net, mais est plus faible. Exceptionnellement, il y a un très léger souffle pleural. Enfin, lorsque l'épanchement a suffisamment écarté les lobes du poumon pour être presque en contact avec la paroi tho-

racique, la matité est absolue, le murmure vésiculaire disparaît et il n'y a plus de vibrations.

L'épanchement interlobaire s'évacue par les bronches dans la grande majorité des cas, et cela se voit beaucoup plus fréquemment quand il s'agit d'un épanchement de la grande cavité pleurale. Dans ce cas, en effet, comme le poumon se laisse très refouler, il faut que la surface pulmonaire soit détruite pour qu'il y ait communication avec les bronches et, sauf s'il y a une gangrène superficielle, cela ne se voit que fort rarement. Le foyer interlobaire forme une sorte d'abcès bien clos qui ne peut refouler le poumon bien loin, de sorte que ce dernier se laisse rapidement altérer, qu'il se rompt et que le liquide arrive dans une bronche. Tantôt alors il y a évacuation subite d'une grande quantité de pus, tantôt, et cela est plus fréquent, le liquide ne pénètre que peu à peu dans les tuyaux bronchiques et ne s'évacue que lentement au dehors.

En passant dans les bronches, le liquide les irrite et les enflamme, d'où la production d'une bronchite secondaire que nous pouvons constater chez notre malade.

Quand le liquide contenu dans la grande cavité pleurale s'est ouvert un passage dans les bronches, il faut recourir à l'opération de l'empyème, car, autrement, la maladie se prolonge tellement que le malade s'épuise et qu'il peut survenir une terminaison fatale. Le foyer interlobaire, au contraire, se vide beaucoup plus vite, de telle façon que l'on peut espérer qu'il y aura une oblitération spontanée de la cavité. L'ulcération qui fait communiquer l'abcès avec les bronches peut être assez petite et assez irrégulière pour que, tout en laissant sortir le liquide, elle ne laisse pas pénétrer l'air, l'inspiration n'étant pas suffisante pour faire passer ce dernier à travers les tissus pulmonaires. Cependant, quand le liquide de la pleurésie interlobaire devient putride, ce qui indique que l'air l'a infecté, il faut, autant que possible, ouvrir la collection. Cela est facile quand le foyer est superficiel, presque en contact avec la paroi; cela, au contraire, devient très difficile s'il est profond et que l'on ne puisse y atteindre directement. Lorsque l'on fait une ponction dans une cavité de ce genre, il faut introduire à la place du liquide qu'on retire une certaine quantité d'air stérilisé qui empêche que l'air et les liquides contenus dans les bronches ne viennent infecter l'épanchement.

Chez notre malade, l'expectoration n'est pas fétide, et cela nous indique que le foyer n'est pas infecté. Le pronostic, chez elle, n'est donc pas mauvais, d'autant plus que la tuberculose est certainement à écarter. Elle a cependant de la fièvre depuis quelques jours, mais nous espérons que cette fièvre est due à la bronchite et que, par conséquent, nous n'aurons pas à intervenir directement contre le foyer.

BIBLIOTHÈQUE

Histoire des plantes, par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, directeur du jardin botanique de la Faculté, président de la Société linéenne de Paris. — Tome dixième. — 335 figures dessinées par Faguet. — 1891. — Hachette et Cie.

Le dixième volume de l'*Histoire des plantes* de M. le professeur Baillon est riche en

notions relatives à la médecine. Il renferme l'histoire de neuf familles botaniques, les BIGNONIACÉES, dont un des éléments, le *Bignonia unguis*, est réputé souverain contre la morsure des serpents venimeux; les GESNÉRIACÉES, où l'on trouve le *Columnea scandens*, dont les fleurs sécrètent une certaine quantité de miel, et le *Bellonia aspera*, qui est employé aux Antilles comme fébrifuge; les GENTIANACÉES, groupe dont la plupart des plantes doivent leurs propriétés à une substance amère et colorée, nommée *Gentianin*, alliée dans un grand nombre à un acide, un principe odorant et volatil, une huile, une matière glutineuse indéterminée, gommeuse et muco-saccharine, plantes presque toutes médicinales, parmi lesquelles on distingue la *gentiane jaune*, le *trèfle d'eau*, le *Sabbatia angularis*, tonique puissant, remède populaire aux Etats-Unis des fièvres intermittentes; les APOCYNACÉES au latex généralement riche en caoutchouc, qui comprennent nos *pervenches* communes, auxquelles on accorde vulgairement la propriété de faire passer le lait, le *Gelsemium sempervirens*, vanté dans l'Amérique du Nord contre les névralgies, les fièvres intermittentes, les accidents de l'ivresse, les phlegmasies pulmonaires, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, le *Strophantus hispidus*, dont l'action sur le cœur a été comparée à celle de la digitale; les ASCLÉPIADACÉES, qui fournissent des vomitifs, des dépuratifs, des antisyphilitiques, des toniques, des anti-asthmatiques, etc., et le *Condurango*, qui se vend encore comme remède des tumeurs malignes, et en particulier des cancers, ce qui d'ailleurs n'est point invraisemblable, si, comme on pense l'avoir établi, le cancer a, lui aussi, son microbe, dont le condurango pourrait être l'ennemi; les CONVOLVULACÉES, famille constituée par des plantes purgatives, dont le latex est riche en principes résineux drastiques contenus principalement dans des renflements souterrains, telles que l'*Exogonium jalapa*, le *Convolvulus scammonia*, et d'où l'on a tiré la *liseronine*, que l'on recommande contre la goutte, les rhumatismes goutteux, la gravelle; les POLÉMONIACÉES, dont les propriétés médicinales sont à peine connues en Europe; les BORAGINÉES, famille à laquelle l'art de guérir doit les *bouraches*, la *grande-consoude*, la *buglosse*, la *vipérine*, dont le nom indique qu'on a cru qu'elle était l'antidote de la morsure de la vipère, la cynoglosse officinale, etc., et qui offre, à un autre point de vue, l'*héliotrope du Pérou*, dont le parfum est célèbre; enfin, les ACHANTHACÉES, dont un grand nombre des plantes fournissent des médicaments anti-asthmatiques, diurétiques, fébrifuges, anticatarrheux, toniques, stimulants, des agents propres à remplacer l'ipécacuanha, vantés contre les morsures des serpents venimeux, contre l'épilepsie, l'apoplexie, les paralysies, etc.; l'*Andrographis paniculata*, de l'Asie tropicale, estimé contre la dyspepsie, la diarrhée, le choléra, est la base du médicament secret dit *Drogue-Amère*, et le *Dianthera pectoralis*, renommé contre les affections de la gorge et du poumon, celle du *sirop de Charpentier* et de l'*Elixirium americanum*. Une légende bien connue veut qu'une des plantes de la famille des Achanthacées ait servi de modèle au chapiteau corinthien.

Dans l'immense liste de médicaments que l'auteur a réunis et présentés avec un grand soin, et dont nous n'avons cité qu'une quantité insignifiante, il y en a un nombre considérable qui sont tombés en désuétude; mais quelle étude vaste et utile il y aurait à faire, car quoi de plus frappant que l'action modificatrice des végétaux sur la vie, et, en particulier, sur la vie et la santé de l'homme?

Les sujets des dessins de ce dixième volume, comme ceux des précédents, choisis et disséqués par un botaniste consommé et reproduits par un dessinateur dont le talent est apprécié par tout le monde, se présentent sous toutes les formes utiles aux études. Le port des plantes, leurs branches florifères, leurs sommités fleuries, les font connaître et donnent des images charmantes; tels sont les bouquets élégants de la *Gentiana lutea*, de l'*Arrabidœa chica*, de l'*Asclepias curassavica*, du *Convolvulus scammonia*, de l'*Exogonium jalapa* avec sa portion souterraine, de la *Borago officinalis*, du *Cynoglossum officinale*, et le tableau complet du *Gelsemium sempervirens* dans tous ses détails, etc., etc. La fleur, la graine, le fruit des plantes sont représentés d'abord entiers, dans leur état naturel, puis après une coupe longitudinale qui permet de voir et d'étudier leur structure anatomique et leur disposition intérieure. L'anatomie des étamines n'a pas été négligée, et des diagrammes, ou surfaces de section transversale, font voir les rapports des divers organes de la fleur entre eux. Ainsi, on peut dire que le livre de M. Baillon renferme un magnifique herbier artificiel, dont les plantes, non pressées, non desséchées, ont con-

servé leurs formes, leurs saillies naturelles, et sont accompagnées des explications du maître.

L'auteur a eu soin de faire connaître les régions favorites des plantes; les médecins qui se tiennent au courant de la science liront avec un grand intérêt les discussions qui ont pour objet le classement des plantes, l'origine, la constitution progressive, la dénomination des familles botaniques; et aucun lecteur ne nous contredira si nous affirmons que l'œuvre de M. le professeur Baillon est un des plus beaux et des plus utiles monuments scientifiques de notre époque. — Dr G. Richelot père.

REVUE DES JOURNAUX

Le menthol dans la diphthérie. (*Revue de thérapeutique*, 1890, n° 23.) — Wolf a proposé de toucher les points diphthéritiques avec le menthol. Si les fausses membranes se sont très étendues, le traitement ne possède qu'une action limitée, c'est surtout au commencement de la maladie que la désinfection locale a toute sa valeur. Le menthol est mélangé à la poudre de sucre dans la proportion de 1 à 10 ou de 1 à 20. La poudre est appliquée avec un large pinceau après qu'on a préalablement enlevé les fausses membranes; le menthol est ainsi mis en contact direct avec la surface sous-jacente. L'emploi de la poudre facilite l'application, qui doit être renouvelée trois fois par jour. Son action désinfectante se fait ainsi continuellement sentir dans la bouche. Le second ou le troisième jour, les taches diphthéritiques disparaissent pour laisser à nu des ulcérations bien nettes et plus facilement traitables. Le menthol a été recommandé par d'autres médecins dans la diphthérie; il possède d'ailleurs un pouvoir bactéricide supérieur à la quinine ou à l'essence de térébenthine. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des rétrécissements syphilitiques et congénitaux du rectum par l'extirpation. — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Quénu a rapporté les faits suivants : Il a pratiqué, en juin 1889, la résection du rectum pour un rétrécissement syphilitique et a opéré par la voie ano-coccygienne. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, ayant deux enfants, l'un de 9 ans, l'autre de 2 ans. Il y a sept ans, la syphilis qu'elle eut produisit un rétrécissement du rectum qui commença à déterminer des troubles sérieux il y a deux ans, pendant la dernière grossesse. On le traita par l'iodure de potassium, mais sans résultats. La malade souffrait tous les jours de crises très intenses; on lui administrait très fréquemment des lavements et des purgatifs pour la faire aller à la selle, car elle restait parfois une semaine sans garde-robes. Au bout de quelque temps, il se forma un abcès péri-anal et des fistules. Quand M. Quénu l'a examinée, cette femme avait toutes les apparences d'une tuberculeuse. Outre les symptômes ordinaires de l'affection, il reconnut, à 1 centimètre au-dessus de l'anus, un rétrécissement cylindrique qui n'admettait que l'extrémité du petit doigt et qui avait 6 centimètres de longueur; la muqueuse était lisse, tendue et recouverte d'un écoulement glaireux, sans ulcération perceptible. On constatait, en outre, l'existence de condylomes péri-anaux. La fistule débouchait très haut dans le rectum et l'exploration était des plus douloureuses. Aussi la malade accepta-t-elle sans hésitation l'opération proposée. On fit d'abord l'antisepsie rectale par le naphtol et l'emploi de purgatifs, et on la chloroformisa.

Après avoir fait porter une incision sur la commissure de l'anus jusqu'au point le plus serré de la coarctation, M. Quénu a excisé entièrement tout le segment du rectum, con-

verti en une gangue dure, qui constituait le rétrécissemeut, ainsi que la fistule, puis a suturé l'extrémité du bout supérieur à l'orifice anal et reconstitué la région coccygienne incisée. La durée de l'opération fut d'une heure. Les suites opératoires furent très simples. Trois semaines après, la cicatrisation était complète et, sauf un peu de suintement et une légère saillie de la muqueuse rectale, tout accident avait disparu.

M. Quénu a vu la malade il y a quelques jours. Il a constaté un état général excellent, ce qui lui fait croire la guérison définitive, bien que cette malade ne soit opérée que depuis sept mois. A son avis, cette opération est d'un bon augure pour l'avenir, et il pense qu'un jour il y aura lieu de rectifier le sombre pronostic, porté par Allingham, en présence de ces cas de rétrécissements.

A côté de cette observation, M. Quénu place le cas d'un malade, opéré par M. Verneuil de rectotomie postérieure, dont la guérison est loin d'être complète. D'après lui, la rectotomie postérieure, de même que le procédé de M. Péan et l'électrolyse sont des méthodes insuffisantes. D'ailleurs, pour apprécier leur valeur, il faut distinguer les rétrécissements syphilitiques (syphilome ano-rectal) des rétrécissements cicatriciels, dus à des ulcérations ou à une opération, par exemple, et, jusqu'ici, on ne l'a pas fait avec assez de soin.

M. Quénu est d'avis de traiter tous les cas de syphilome ano-rectal comme une tumeur, c'est-à-dire par la résection rectale, si le siège en est bas situé; et par l'opération de Kraske, comme l'a fait M. Richelot, si le siège en est élevé et si du moins l'on a des chances de conserver ainsi le sphincter. D'ailleurs l'opération qu'il propose n'est pas nouvelle, et elle a été plus d'une fois conseillée et exécutée par les chirurgiens étrangers.

M. Quénu, en terminant, a donné l'examen bactériologique et histologique de la pièce qu'il a enlevée, examen très rarement fait jusqu'à aujourd'hui. Jusqu'à présent, les lésions n'avaient été décrites que d'après des autopsies. M. Girode, qui les a examinées, a constaté une tendance à l'épidermisation de la muqueuse, surtout au niveau du sphincter interne, et un épaississement du derme formé par des foyers de cellules embryonnaires, groupées en particulier autour des vaisseaux. Les glandes de la muqueuse rectale étaient disparues. Au contraire, il y avait conservation des fibres musculaires striées, bien que la clinique ait permis de constater qu'elles ne jouaient plus aucun rôle; elles étaient noyées, enfouies au milieu d'une gangue adhérente aux parties voisines. Chose remarquable, l'examen bactériologique est resté *négatif*, malgré l'emploi de tous les réactifs qui servent à la recherche des microbes : il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'on avait fait auparavant l'antisepsie rectale. Enfin, dans la couche épithéliale interpapillaire, il y avait des productions psorospermiques.

M. Berger n'aurait rien à objecter contre l'extirpation des rétrécissements du rectum, s'il était prouvé que cette extirpation est possible dans tous les cas et que la rectotomie est toujours un mode de traitement insuffisant. Or, des faits journaliers nous démontrent le contraire. A son avis, l'extirpation totale des rétrécissements syphilitiques n'est pas souvent possible, car ils sont rarement aussi limités que l'avait avancé autrefois Gosselin. M. Berger en a rencontré divers cas qui remontaient à une hauteur de 10 à 12 centimètres, et il en a vu un qui atteignait 23 centimètres de longueur. En outre, les altérations de la muqueuse voisine peuvent encore remonter plus haut. Il est incontestable qu'une extirpation serait, dans ces cas, une opération de la plus haute gravité, à cause du danger d'infection par l'ulcération. La rectotomie n'est qu'une opération palliative, mais elle n'en fournit pas moins d'excellents résultats en conjurant les accidents graves et en permettant aux malades de vaquer à leurs affaires. En particulier, M. Berger connaît un cas ayant au moins quatre ans de date et qui reste très amélioré, à condition d'entretenir le calibre de l'intestin.

M. Segond a opéré en décembre dernier un homme de 38 ans atteint d'un rétrécissement syphilitique du rectum qui mesurait 7 centimètres de hauteur au-dessus de l'anus. L'extirpation fut pratiquée par la voie anale, après dilatation du sphincter. Il fit une incision du rectum par sa face interne, le dégaina, réséqua et fit la suture du bout rectal à la région anale; en quelques jours, ce malade fut entièrement guéri.

M. Terrier partage l'avis de M. Quénu. L'extirpation de ces rétrécissements lui paraît une excellente pratique, et cela d'autant plus que, contrairement à M. Berger, il n'a jamais été satisfait des résultats fournis par la rectotomie. Que ces rétrécissements soient syphilitiques, cancéreux ou congénitaux, il est de bonne chirurgie de les réséquer.

M. Terrier en donne un exemple. Il y a deux ans, un Berlinois d'une trentaine d'années entra dans son service et donna les renseignements pathologiques suivants : Né à sept mois et demi, forcé de lutter durant toute sa jeunesse contre la paresse de son intestin, il fut atteint pour la première fois, à l'âge de 21 ans, d'attaques épileptiformes et presque en même temps des premiers symptômes d'un rétrécissement du rectum. C'est à partir de ce moment, ou peu après, que commença pour cet homme une série d'interventions pratiquées par des chirurgiens d'Allemagne, d'Angleterre, d'Autriche et de France. En 1872, Czerny l'opéra pour une fistule rectale; en 1875, Mackenzie diagnostiqua un rétrécissement et le traita par la dilatation graduelle, et ensuite, plus tard, par la dilatation forcée, sans plus de succès; en 1880, Billroth, consulté à Vienne, conseilla la rectotomie postérieure, que pratiqua Thiersch, sans obtenir un bon résultat; enfin, deux ans plus tard, un chirurgien de Paris, puis von Bergmann, tentèrent de nouveau une opération qui ne réussit pas mieux que les précédentes. Ainsi, malgré ces trois rectotomies, il n'allait pas mieux en 1889.

C'est à ce moment que ce malheureux entra dans le service de M. Terrier. Son état général était alors bon; à 4 centimètres de l'anus siégeait un diaphragme annulaire où pouvait à peine passer le bout du doigt; les tissus environnants étaient assez souples et, à part quelques brides cicatricielles, vestiges des opérations précédentes, rien n'était à noter. En somme, à son rétrécissement congénital on avait ajouté des rétrécissements cicatriciels.

Dans ces conditions, M. Terrier se décida à faire l'extirpation le 2 juin 1889. Après avoir isolé toute la portion malade qui mesurait 6 centimètres, il en fit la résection en conservant le sphincter et réunit par la suture les deux bouts de l'intestin. L'opération dura 40 minutes. Sauf quelques accidents d'auto-infection par les matières intestinales, qu'on a combattus par l'introduction dans le rectum d'un gros tube, véritable canal d'évacuation continue, la guérison n'a pas été entravée et le malade a quitté l'hôpital au bout d'un mois. Depuis ce départ, M. Terrier l'a revu et a pu constater les faits suivants : Les matières solides sont bien conservées et, lorsqu'elles sont rendues, elles sont moulées et n'occasionnent aucune douleur. Par suite d'une perte d'action des sphincters, il y a excrétion de matières muqueuses qui nécessitent un pansement permanent. Au toucher, on reconnaît que le calibre de l'intestin est normal, qu'à la partie supérieure est une petite surface non cicatrisée et que les sphincters sont insuffisants. Il est évident que le malade a été très soulagé et que l'extirpation a donné à M. Terrier un bien meilleur résultat que les opérations des médecins étrangers, mais il reconnaît que, s'il avait à l'opérer aujourd'hui, il est probable que tous ces *desiderata* n'existeraient plus.

En terminant, M. Terrier cite à l'actif de cette extirpation rectale un exemple de cancer qu'il a opéré par la méthode de Kraske au mois de décembre 1888; jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu la moindre trace de récidive.

M. Berger a observé comme M. Terrier, il y a environ deux ans, le cas d'un rétrécissement congénital chez une fillette de 7 ans. Par une coïncidence curieuse, la mère de cette enfant était également atteinte d'un rétrécissement du rectum, mais d'origine syphilitique. Il dénomma l'observation : Rétrécissement congénital chez une syphilitique héréditaire. M. Berger fit la rectotomie postérieure dans les deux cas; le résultat obtenu chez l'enfant fut analogue à celui obtenu par M. Terrier. La petite malade a aujourd'hui un anus ogival, de l'incontinence partielle et encore un léger rétrécissement.

Pour M. Richelot, la voie sacrée peut permettre d'extirper des rétrécissements très haut placés. La voie péritonéale est souvent incommode. — A son avis, M. Berger exagère en disant que les rétrécissements syphilitiques occupent souvent une grande étendue. Il n'est pas rare d'en trouver d'assez restreints. Il ajoute que tous les rétrécissements

syphilitiques ne s'accompagnent pas d'ulcération au-dessus de la coarctation; ceci s'est présenté en particulier pour sa malade.

M. Quénu pense que l'ulcération, quand elle existe, n'est pas une contre-indication de l'extirpation et que le procédé opératoire doit nécessairement varier suivant le siège du syphilome et suivant la conservation possible ou non du sphincter.

Dans sa communication, M. Segond a en vue le traitement des suppurations pelviennes. Il a rappelé qu'il y a à peine quelques mois qu'on a proposé de les traiter par l'hystérectomie vaginale totale.

Cette méthode pratiquée pour la première fois par M. Péan, et dénommée par lui *castration utérine*, fut mise en pratique chez un certain nombre de femmes avant d'être présentée à l'Académie de médecine et au récent Congrès de Berlin. Le jour où cette opération fut préconisée, elle ne fut accueillie qu'avec une certaine réserve, et lors d'une discussion à la Société de chirurgie sur le traitement des salpingites suppurées, il n'y eut guère que M. Terrier qui s'en déclara partisan dans certains cas. M. Segond, comme la plupart de ses collègues, a tout d'abord montré une certaine hésitation à approuver cette intervention et peut-être aurait-il persisté dans cette réserve, si un succès obtenu par M. Péan, sur une malade pour laquelle l'opération ne paraissait praticable, ne l'avait pas définitivement engagé à y avoir recours à l'avenir. En août dernier, M. Péan annonçait 60 cas, sans un seul décès.

Depuis huit mois environ, M. Segond a fait 23 hystérectomies vaginales totales qui ont donné 19 succès et 4 décès. Deux de ces décès sont survenus, le deuxième et le troisième jour sans cause déterminée; les deux autres doivent être rapportés l'un, à une pneumonie infectieuse dans un cas où l'opération avait été incomplète, et l'autre, à une péritonite généralisée sur une malade atteinte de doulbe salpingite tuberculeuse.

Les 19 autres cas, se rapportant à des salpingites doubles suppurées, se présentaient dans des conditions telles qu'on aurait dû faire la laparotomie. M. Segond a obtenu une guérison complète après extirpation totale de l'utérus et des annexes ou après extirpation seule de l'utéus, en ayant grand soin d'évacuer tous les foyers purulents qui se présentaient. Chez aucune des malades il n'y a eu d'accidents sérieux consécutifs, bien qne sur quelques unes d'entre elles l'opération ait été fort laborieuse.

De l'observation et de la critique des faits qu'il a eus sous les yeux, M. Segond a conclu les considérations générales suivantes : Si l'on se demande quelles sont les indications de l'hystérectomie vaginale totale, la réponse peut se formuler par l'unique proposition : l'opération est indiquée toutes les fois que l'ablation *bilatérale* des annexes s'impose, abstraction faite, bien entendu, des cas où il s'agit d'une hématocèle, d'une phlegmatia, ou d'une collection vaginale opérable par une ponction. Il ne faut pas confondre cette opération avec l'oophorectomie vaginale qui est une opération détestable. Le manuel opératoire n'a rien d'analogue à celui de l'hystérectomie pour cancer ou fibrome. Il est nécessaire pour le mener à bien de suivre exactement la marche de l'opération tracée par M. Péan et de se servir de ses instruments (pinces spéciales pour saisir les ligaments larges par étages, écarteurs très longs pour protéger la vessie et le rectum). Il ne faut jamais pincer en totalité, mais enlever l'utérus par morcellement; d'une manière générale il est absolument essentiel de ne pas utiliser les pinces qui saisissent les tissus en bloc.

Pour arriver aisément sur les différents organes que l'on doit extraire, on conseille de placer les malades dans le décubitus latéral gauche, toutes les fois que l'utérus est enclavé et haut situé; toutefois la position peut varier, et, par exemple, quand il n'y a pas d'enclavement, il est plus commode de recourir à la position dorso-sacrée.

Après la désinsertion du col, c'est par grattage sur le tissu utérin qu'on parvient d'abord à en isoler le segment inférieur, sans s'occuper des culs-de-sac. Le moignon utérin entièrement libre est ensuite sectionné latéralement, ce qui le sépare en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, dont on continue l'isolement toujours à petits coups de grattage jusqu'au fond de l'organe, qu'il a été facile d'abaisser après son hémi-section.

Il peut se présenter au cours de cette opération diverses éventualités : ou bien

l'utérus est plongé au milieu de collections purulentes qui se trouvent ouvertes par le grattage; ces dernières vidées, l'utérus est enlevé sans que le péritoine ait été perforé, et l'opération est terminée. Ou bien il existe des foyers purulents qui ne sont pas atteints par l'ablation de la matrice; il faut alors les ouvrir en ayant soin de ne rien décoller et de ne détruire aucune adhérence. Enfin, dans une troisième circonstance, quand on a fait l'extraction de l'utérus et qu'on a ouvert la cavité péritonéale, il peut arriver que l'on ne perçoive aucune tuméfaction purulente; alors il faut chercher les annexes et les enlever.

D'après l'observation de M. Segond, l'hystérectomie vaginale totale paraît présenter les avantages incontestables suivants : Pas de cicatrice abdominale, ce à quoi les jeunes femmes tiennent beaucoup; la ceinture abdominale n'est plus nécessaire après l'opération; l'opération a un pronostic meilleur pour les suppurations utérines que la laparotomie; enfin, la guérison est plus radicale, plus rapide et plus complète, sans fistule sus-pubienne. En particulier, dans les cas très avancés de suppuration pelvienne, cette méthode est assurément moins grave que la laparotomie, car l'on y draine admirablement les cavités purulentes. Totale, elle constitue une excellente opération radicale; partielle, c'est-à-dire simplement utérine, elle permet un drainage facile et parfait, et elle est suivie de l'atrophie des annexes; dans les deux cas, elle conduit à la guérison.

— M. Terrillon a présenté un utérus enlevé par la voie vaginale dans un cas de suppuration fibrineuse où la laparotomie eût été très grave.

— M. Polaillon a présenté, au nom de M. le docteur Chauveau, un *perforateur pour les os*, construit spécialement pour ouvrir le sinus maxillaire.

De quelques nouvelles médications.

L'antipyrine dans le traitement des dermatoses, par Blaschko. (*Revue d'ophthalmologie*, 1890, 9.)

L'auteur emploie l'antipyrine dans le traitement des dermatoses d'origine névropathique, en particulier dans le traitement des dermatoses prurigineuses. Dans cette forme de prurigo, appelée par certains auteurs urticaire papuleux, l'auteur a vu l'antipyrine produire d'excellents résultats dans les cas où les préparations de goudron et de naphtol s'étaient montrées inefficaces. Ces résultats ne se traduisaient pas seulement par des effets palliatifs, mais par une guérison définitive.

Le prurit disparaissant, les malades n'éprouvent plus le besoin de se gratter et, par suite, ils n'entretiennent plus leur éruption. L'antipyrine était administrée à l'intérieur mélangée à parties égales avec du sucre en poudre. Dose : la valeur d'une pointe de couteau à une demi-cuillerée à thé. Chez les enfants, M. Blaschko ordonnait :

Rec. Antipyrine .... 5 grammes.
Sirop simple.................................... 25 —

M. s. a. — Une cuillerée à thé.

Dans les cas d'urticaire commune, l'antipyrine, administrée à l'intérieur, a produit d'excellents effets palliatifs.

Dans les cas de prurit nerveux et de prurigo, l'antipyrine administrée à raison de 3 prises quotidiennes de 0 gr. 5 à 1 gramme chacune a manifesté une grande efficacité.

L'auteur a employé aussi avec avantage l'antipyrine dans les eczémas de la face et des paupières qui avaient résisté à tous les autres traitements. — P. N.

Contribution a la prophylaxie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par A. Valenta. (*Revue d'ophthalmologie*, 1890, 9.)

Tout en reconnaissant l'excellence du traitement prophylactique de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par les instillations d'une solution de nitrate d'argent (suivant le procédé de Crédé), l'auteur (professeur de clinique obstétricale à Laybach) pense que cette méthode, qui doit être le procédé de choix pour le médecin, présente un réel danger

lorsque sa pratique est confiée aux sages-femmes. Dans ce cas, il est nécessaire de la remplacer par une autre qui, joignant l'efficacité à l'innocuité, peut être appliquée par tout le monde. Voici en quoi elle consiste :

On verse dans un verre d'eau un peu de solution concentrée de permanganate de potasse jusqu'à ce que le liquide prenne la couleur d'un vin rouge léger. On imbibe de cette solution un petit tampon de coton hydrophile, avec lequel on lave soigneusement la surface externe des paupières. Puis, avec un nouveau tampon, imbibé de la même solution, on lave à plusieurs reprises le sac conjonctival.

Ces lavages pratiqués à temps, c'est-à-dire immédiatement après la naissance de l'enfant, lorsque les gonocoques n'existent que tout à fait à la surface de la conjonctive, sont suffisants pour prévenir le développement de l'ophthalmie purulente. En effet, depuis que ce procédé est en usage à la clinique de l'auteur, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés y est devenue très rare. Elle ne s'observe que chez 0,6 à 2 p 100 des nouveau-nés, et encore la plupart de ces cas ne sont pas dus à une infection de l'enfant par la mère, mais proviennent de la transmission du mal d'un enfant à l'autre. Dès qu'une ophthalmie purulente survient à la clinique, on en observe bientôt plusieurs autres cas, malgré toutes les précautions prises. — P. N.

FORMULAIRE

Pommade contre l'alopécie. — Monin.

Acide gallique	3	grammes.
Huile de ricin	20	—
Vaseline blanche	40	—
Essence de lavande	XV	gouttes.

F. s. a. une pommade, avec laquelle on frictionne le cuir chevelu, matin et soir, pour arrêter la chute des cheveux. — N. G.

COURRIER

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — M. le président Roger vient d'adresser aux présidents des Sociétés locales la lettre suivante :

Paris, le 15 février 1891.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que l'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 5 et 6 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, aver ue Victoria.

Nota. — MM. les membres du conseil général de l'Association et de la commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 5 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione.

MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, le dimanche 5 et le lundi 6 avril, à une heure.

Afin d'accélérer, autant que possible, la publication de l'Annuaire du présent exercice, MM. les présidents et secrétaires des Sociétés locales sont instamment priés de vouloir bien, s'ils ne l'ont déjà fait, adresser dans le plus bref délai possible, à M. le docteur Blache, secrétaire, 5, rue de Suiène, les formules et les listes qui leur ont été envoyées à remplir et à mettre au courant.

MM. les présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des Annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

Trente-deuxième assemblée générale.

Ordre du jour de la séance du dimanche 5 avril 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Rapport de la commission de recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association générale des médecins de France;

2° Allocution du président;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du conseil général;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1890, par M. A. Riant, secrétaire général;

6° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892;

7° Election des membres du bureau dont le mandat quinquennal est expiré : MM. Larrey et Bouchacourt, vice-présidents; M. Brun, trésorier; M. Blache, vice-secrétaire;

8° Présentation de candidat pour le conseil général de l'Association : — et renouvellement partiel du conseil général;

Membres du conseil à renouveler : MM. Cornil, Durand-Fardel, Lereboullet, Leroux, Worms, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice.

Les membres du bureau et du conseil sont rééligibles;

9° Première partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1891.

A sept heures précises le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 6 avril 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale;

3° Deuxième partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères : — Discussion et vote des propositions;

4° Exposé de l'enquête sur la question de l'assurance-maladie;

5° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société des Landes (Etudes des changements et améliorations à apporter à la médecine légale);

6° Rapport de M. Worms au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1892.

Médecins des théatres. — L'article suivant du cahier des charges de l'Opéra a été adopté : Les médecins composant le service médical de l'Opéra seront nommés par le ministre sur la présentation du directeur et sur la proposition de l'administration des beaux-arts.

Cours de gynécologie. — Le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera le mardi 5 mai à quatre heures et demie, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie qui sera complet en quinze leçons et en cinq semaines. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser 15, rue Malebranche (rue Soufflot).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Des résultats de l'excision du chancre syphilitique.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 décembre 1890.

Par le docteur JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.

J'ai eu l'occasion, depuis dix ans, de pratiquer dix-huit fois l'excision du chancre syphilitique, et je crois intéressant de vous faire connaître les suites de cette intervention et les résultats qu'elle m'a donnés dans le traitement préventif de la syphilis.

Je ne referai pas l'historique de la question qui date de douze ans à peine, et qui eut pour promoteur le regretté professeur Heinrich Auspitz (de Vienne). Ce syphiligraphe, ayant excisé quelques chancres dans le but d'en faire l'examen histologique, crut remarquer que ses opérés restaient, dans une notable proportion, exempts des suites ordinaires de l'infection. C'est donc par le hasard, et non par une idée théorique, que cette pratique fut introduite dans la science. En peu de temps, les observations se multiplièrent; moi-même je fis à ce sujet une communication au Congrès de Londres en 1881, et l'on n'a oublié ni la mémorable leçon que Diday fit sur ce sujet dans l'amphithéâtre de la Charité, ni la discussion si animée du Congrès de Copenhague, ni les observations décourageantes de Rasori, de Celso Pellizzari, de Mauriac. Tout cela je le passe sous silence, car ces détails sont dans l'esprit de tous. La méthode n'a eu, semble-t-il, jusqu'ici, que d'enthousiastes partisans ou d'acharnés détracteurs. Tels d'entre nos confrères qui avaient été déçus dans *une* circonstance, se croyaient en droit de généraliser et de jeter le cri de découragement. Moins nombreux, les optimistes s'ingéniaient à nier les insuccès, quand il eût fallu les interpréter. Pour moi, il me semble aussi impossible de nier les inutiles coups de bistouri que les fructueuses abortions. Les faits que je vais vous exposer donnent la preuve des uns et des autres, et cela suffit pour que je reste partisan résolu d'une opération, infidèle, je le reconnais, mais qui doit être pratiquée par cela seul qu'elle peut donner de brillants résultats, et qu'elle en a donné,

Deux mots tout d'abord sur la partie technique de l'excision. On ne saurait trop dire et répéter qu'une opération doit être faite chirurgicalement. Je n'admets en aucune façon qu'il soit possible de faire disparaître un chancre d'un coup de ciseaux et de renvoyer le malade sans pansement; c'est s'exposer sûrement à une ablation insuffisante, et peut-être aux complications les plus graves des plaies. J'ai toujours procédé avec la plus

rigoureuse antisepsie, et me suis efforcé d'emporter non seulement le point ulcéré, mais toute la zone d'induration dont il ne représente le plus souvent qu'une très minime partie. Dans ces conditions, la perte de substance produite n'a jamais été inférieure en surface à une pièce de 2 francs ou tout au moins de 1 franc. J'ai pour habitude de soulever le chancre au moyen d'un tenaculum et de couper par-dessous avec le bistouri ou mieux les ciseaux. Rien de plus facile ensuite que de vérifier si les bords de la section sont bien découpés en plein tissus sains, et de compléter l'ablation, si on la juge incomplète.

Quelques points de suture sont indispensables pour fermer la plaie, avant le pansement, que je fais le plus simple possible. Il suffit le plus souvent, lorsque la solution de continuité a porté sur le prépuce, de recouvrir le gland d'une substance antiseptique et d'opérer le recalotage. L'excision qui porte habituellement sur la verge peut être faite au moyen d'une section longitudinale ou transversale, mais il y a beaucoup d'avantage à adopter cette dernière à cause de la tendance toute naturelle qu'ont les tissus à se rapprocher; je n'ai que rarement dû faire de ligature; au besoin un ou deux fils à suture suffisent à faire cesser tout écoulement sanguin, même tout jet artériel.

Cette petite opération n'est pas très douloureuse, et, comme elle est fort courte, elle devient très facilement supportable avec l'anesthésie locale. La glace, les pulvérisations d'éther ou de bromure d'éthyle m'avaient jadis donné d'assez bons résultats, mais je préfère de beaucoup les chlorhydrate de cocaïne en application ou en injection. J'ai pu, par l'injection, obtenir une insensibilité absolue, si bien que le malade suivait les temps de l'opération et nous y aidait. Une seule fois j'ai fait usage du chloroforme, c'est dans la première de mes opérations que nous pratiquâmes, le docteur Terrillon et moi, le 5 avril 1880, avec le thermo-cautère parce que l'ulcération siégeait en plein dans le gland; mais je ne recommanderai pas cette pratique, et je n'ai pas cru devoir y recourir une autre fois, parce que c'est se priver des bénéfices de la réunion par première intention.

Le décours de la plaie a présenté quelques particularités intéressantes. La réunion par première intention est le but atteint dans le plus grand nombre des cas, un peu irrégulièrement au début de mes expériences, et d'une façon certaine aujourd'hui; quatre fois seulement j'ai vu se produire sous la suture une plaque indurée, mais n'arrivant pas à l'ulcération; trois fois une pseudo-membrane grisâtre s'est montrée.

Dans deux cas, j'ai vu survenir des chancres dits *successifs* produits de l'inoculation du virus dans des points plus ou moins éloignés et à des époques variables; dans un cas, j'ai eu à combattre jusqu'à trois poussées chancreuses successives, qui m'ont conduit à trois excisions pratiquées les 30 avril, 5 mai et 23 mai 1885, et je pose, sans la résoudre, la question de savoir si les syphilomes parus en dernier lieu n'ont pas pu se développer précisément à cause de l'éradication des premiers et de l'arrêt momentané de l'imprégnation syphilitique.

Voici maintenant quelle fut l'influence exercée sur l'infection dans 15 de mes cas, car je dois éliminer immédiatement 3 de mes 18 inscrits : 1 qui m'avait été adressé par le professeur Gallia (de Turin), je l'opérai le 10 novembre 1880, et je le perdis de vue au huitième jour; l'autre, un officier que je soignai avec le docteur Redon, et qui ne se soumit pas à mon observation par la suite. Je sais seulement, par l'obligeance du docteur Redon,

qu'il vit survenir un nouveau chancre, lequel ne fut pas enlevé, et que peu après il mourut d'une pleurésie aiguë. Enfin un troisième m'échappa quelques jours après l'intervention. Restent donc 15 malades, parmi lesquels j'en compte 3 qui bénéficièrent d'une complète éradication syphilitique.

Le premier, qui fait l'objet de mon observation II, est un homme de 24 ans qui me fut envoyé de Saint-Louis par M. Besnier, et que j'opérai le 27 octobre 1880. Il portait un chancre de la rainure, à gauche, survenu après une incubation de cinquante-deux jours ou de dix jours, à s'en rapporter aux dates des deux derniers coïts, ce qui exclut d'emblée toute hypothèse de chancre mou. Il existait déjà depuis dix-neuf jours, mais n'avait que très vaguement impressionné l'aine. Je fis quatre sutures métalliques, et la plaie se désunit en partie; la cicatrisation s'obtint cependant sans induration, et mon opéré guérit complètement de son infection. Je l'observai pendant plus d'un an presque toutes les semaines; je lui avais fait prendre des pilules de sublimé que je ne tardai pas à supprimer. Il se maria et mourut de fièvre typhoïde en février 1884 laissant deux enfants qui, l'an dernier encore, étaient en parfaite santé. Un autre est mort de convulsions au huitième mois.

Le deuxième malade auquel je conférai l'immunité est un étudiant de 25 ans contagionné par une femme qui entra à Lourcine peu après. Je le vis avec le docteur Monard (d'Aix-les-Bains) qui lui donnait des soins et l'opérai le 28 janvier 1881,

Le syphilome, qui siégeait circulairement sur la couronne du prépuce, s'était montré au vingt-huitième jour des rapport infectants et durait déjà depuis une vingtaine de jours. L'aine contenait quelques ganglions, et je dois dire que, si j'opérai, ce ne fut pas dans le but de faire avorter la syphilis, mais pour débarrasser mon malade par la circoncision d'un phimosis induré et fort gênant. La cicatrisation fut assez lente, mais aucune éruption cutanée ne se produisit, bien que j'aie prolongé mon observation personnelle jusqu'au trois cent quatre-vingt-dix-septième jour. Au cent troisième jour, il y eut une amygdalopathie que je tins pour suspecte. Mais ce fut tout. Comme le précédent, ce malade se maria et est aujourd'hui père de beaux enfants, ainsi que me l'a appris une lettre récente du docteur Monard.

Je dois noter maintenant l'histoire d'un malade auquel j'enlevai, le 7 mai 1882, un petit chancre de la couronne; je dus entamer profondément le gland, mais la réunion par première intention n'en eut pas moins lieu très régulièrement, et les suites infectantes parurent entravées, bien qu'un fort noyau d'induration se fût reproduit sous la cicatrice, et que, trois mois après, une ulcération chancroïde se soit montrée près du frein. Jusqu'au huitième mois, époque où je cessai de voir le malade, le tégument était resté parfaitement indemne.

Je ne sais guère dans quelle classe de syphilis avortée ou atténuée je dois ranger celle d'un étudiant que j'opérai le 28 janvier 1881, le même jour que l'un des précédents, pour le débarrasser, au vingtième jour du coït infectant, d'un syphilome datant de cinq jours; mes lecteurs en jugeront; quoi qu'il en soit, je dois à ce jeune homme une très intéressante observation, parce qu'elle me fit abandonner une erreur que j'avais caressée pendant quelque temps comme une illusion très séduisante. J'avais pensé, en effet, et ce fut l'objet de ma communication au Congrès de Londres, que l'excision pouvait, dans les cas où le but d'abortion n'était pas atteint,

conférer une syphilis atténuée, négligeable en tant que lésion consécutive, mais suffisante pour entraîner l'immunité. On pouvait entrevoir par la suite quelque chose comme une vaccination possible obtenue par l'ulcérectomie hâtive. Or, mon opéré, que j'avais observé très régulièrement, et avec beaucoup d'attention, pouvait passer pour n'être point resté absolument indemne; vers le cinquante-neuvième jour, quelques points rouges, quatre ou cinq au plus, avaient pu donner naissance à l'hypothèse de la syphilis atténuée, bien que M. Besnier, à l'examen duquel mon malade s'était soumis, ne les considérât pas comme certainement spécifiques, quand, au dix-septième mois, survint une nouvelle infection. Mon malade se trouvant en province contracta un chancre syphilitique, et je le revis quelques semaines plus tard en pleine efflorescence de roséole, avec de gros paquets ganglionnaires dans chacune des aines. Mon intervention avait donc bien modifié l'infection première, l'avait rendue aussi légère que transitoire, puisque l'organisme avait pu s'en affranchir en quelques mois au point de reconquérir la réceptivité.

Les 11 malades dont il me reste à vous entretenir ont tous présenté les symptômes de la syphilis généralisée, et je ne saurais dire avec certitude s'ils ont bénéficié de mon intervention. Toutefois, je remarque que la deuxième incubation a présenté des irrégularités auxquelles la précision habituelle de l'infection nous a peu habitués. On sait, en effet, que le délai de 42 jours est presque mathématiquement exact dans l'immense majorité des cas. Or, dans les 8 cas où j'ai pu m'en rendre compte, j'ai relevé les nombres de jours suivants : 40, 42, 46, 52, 54 (deux fois), 63, 70, qui me donnent une moyenne de 52 jours; bien peu importante, comme on le voit, est la différence; cependant, quand il s'agit d'une infection à date fixe, 10 jours de retard ne sont point à dédaigner et impliquent tout au moins la certitude d'une action exercée sur la substance nuisible et son introduction dans l'organisme.

Cette manière de voir se corrobore encore par l'examen des symptômes anormaux présentés par quelques-uns de mes malades. 5 d'entre eux doivent être mis à part, comme n'ayant été nullement modifiés (obs. VI, VII, XII, XIV et XVIII). Dans les délais ordinaires, leur corps s'est couvert de roséole généralisée, plus ou moins confluente, papuleuse chez l'un d'entre eux, et ils ont souffert par la suite de poussées et de récidives, comme les syphilis les plus légitimes en infligent habituellement à leurs victimes; aucun d'eux cependant n'a présenté jusqu'ici d'accidents tertiaires. Je puis expliquer les causes de mon insuccès chez deux d'entre eux. Un fut opéré au trentième jour, l'autre au vingt-sixième jour de l'apparition du chancre, et il est facile de comprendre que l'infection fut déjà consommée; un autre eut une induration de la cicatrice qui laisse supposer que mon ablation avait été incomplète; pour les autres, qui furent traités à partir du quatrième l'un, et l'autre du sixième jour, et qui bénéficièrent d'une cicatrice rapide et parfaite, je ne puis rien alléguer, je me borne à constater les faits.

Restent 6 autres malades, que je n'hésite pas à considérer comme ayant bénéficié de l'atténuation dans une large mesure, 2 surtout. Que penser, en effet, d'une vérole qui s'accuse par les signes que je vais énumérer : Chez celui-ci (obs. VI), douze croûtes dans les cheveux et une papule sur le front, roséole restée douteuse, un peu de gonflement périostique; — chez cet autre, une dizaine de taches ou semblants de papules avortées (obs. X);

— chez un troisième, quatre ou cinq petites taches de roséole (obs XVI);— chez un quatrième, papules isolées, éphémères, puis plaques buccales entretenues par le tabac (obs. XIII); — chez un cinquième (obs. I), roséole douteuse et plaques très rares; — chez le dernier, enfin, cinq papules en forme de pastilles, celles-là survenues au soixante-dixième jour. Je dois dire que, toutes les fois que la diathèse s'est affirmée sous mes yeux, je n'ai pas hésité à prescrire le traitement mercuriel, très rarement je l'ai donné dès le jour de l'opération; mais un de mes atténués, opéré le 18 juillet 1883, et que je revis trois ans plus tard, n'aurait eu pour tout traitement que du sirop d'iodure de fer. Il souffrait, au moment où je le vis, de plaques érosives intra-buccales.

De cette longue énumération, j'espère, Messieurs, qu'il m'est permis de conclure, et que vous concluez déjà avec moi, que l'excision de la sclérose n'est point une opération toujours inutile. Il est légitime de la proposer lorsque le chancre date à peine de quelques jours et que les ganglions sont restés indemnes de toute influence spécifique, lorsque surtout on a la certitude de pouvoir l'enlever complètement avec une large zone à son pourtour. Pour moi, je l'extirpe avec autant de soin que s'il s'agissait d'un cancer; mais, si large que soit la perte de substance, elle ne cause jamais au malade d'aussi longs soucis que le moindre syphilome en cours d'évolution. Inutile de dire que l'abstention est de règle toutes les fois que l'opération entraînerait une difformité ou une gêne grave dans les fonctions; c'est ainsi que j'ai dû refuser d'enlever un chancre dont l'induration englobait la paroi intérieure de l'urèthre. Dans les conditions d'incertitude où nous nous trouvons forcément, il ne serait point licite d'affronter ces graves inconvénients. Mais, en dehors de ces cas, l'ablation du syphilome est une opération non seulement légitime, mais encore utile, bienfaisante souvent, et parfois héroïque. La doctrine désespérante d'après laquelle, un chancre syphilitique étant reconnu, le médecin n'a qu'à se croiser les bras en attendant le bon plaisir de l'infection et l'adultération générale de l'organisme, cette doctrine, dis-je, a fait son temps; à peine le mal constaté, la thérapeutique doit travailler à le prévenir, à le combattre tout au moins, et elle n'est pas aussi désarmée qu'on veut bien le dire; je vous ai exposé aujourd'hui le plus complet des moyens dont nous sommes armés, celui qui convient à un très petit nombre de cas bien choisis et hâtivement rencontrés, mais il en est d'autres qui prennent place dans l'arsenal si riche et si étonnamment varié de la syphiligraphie moderne et qui nous permettent de faire face au virus, à quelque période qu'on le surprenne. Ces moyens puissants et éprouvés feront l'objet, si vous le permettez, de communications ultérieures.

REVUE DES CLINIQUES

Endocardite infectieuse, par M. H. Rendu (1). — La malade est une femme entrée à l'hôpital lorsqu'elle souffrait déjà depuis une semaine de malaise et de courbature. Un vomissement de sang abondant et subit l'avait décidée à demander son admission. Il est probable qu'il s'agissait d'une hématémèse et le sang avait été rejeté sans efforts de toux et il y avait eu du melæna les jours suivants.

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical*.

A son entrée, la patiente était pâle et d'aspect cachectique. Il existait sur une partie de la face une éruption spéciale, groupée à la façon d'un herpès confluent. Les ailes du nez, la lèvre supérieure et la joue gauche étaient occupées par des papules rouges, légèrement saillantes, mais dont la coloration ne s'effaçait pas sous le doigt. Il s'agissait donc d'une éruption purpurique. Les taches s'étaient montrées sans phénomène concomitant, la veille de l'hématémèse. Il y en avait quelques-unes aux membres inférieurs, à la partie postérieure des cuisses et sur les jambes. Elles n'avaient pas les caractères du purpura classique et il n'y avait rien à noter du côté des muqueuses.

Dès son entrée, la malade expectorait des crachats colorés par du sang rutilant; ces crachats étaient collants, tenaces, peu aérés, et ressemblaient plutôt aux hémorrhagies dues aux infarctus. Cette expectoration se compliqua d'un élément purulent qui lui a donné un aspect pseudo cavitaire.

A l'auscultation, on a d'abord constaté à la base droite une submatité occupant le tiers inférieur du poumon et, plus haut, quelques râles fins. Depuis lors, les lésions ont fait tache d'huile; tout le lobe inférieur du poumon droit est induré et respire fort mal. A gauche, il y a des râles diffus indiquant de la broncho-pneumonie ou au moins de la congestion.

Il n'y a ni sang, ni albumine dans l'urine. L'état général est très mauvais, et il l'a été dès le début. La fièvre n'a jamais dépassé 38°5 à 39° et s'est abaissée à 37°5; le pouls dépasse 120 et est petit et inégal. Le cœur est malade. Tout d'abord, on n'a pas constaté de souffle, mais ensuite il en est apparu un vers la pointe.

De quelle maladie cette femme est-elle atteinte? On peut penser à un purpura infectieux, à une maladie de Werloff. Cependant, dans cette dernière, les taches pourprées présentent une grande diffusion, il y a des infiltrations sanguines dans les muscles et, d'une manière à peu près constante, des taches sur les muqueuses, des hémorrhagies gingivales, des épistaxis, des hématuries, etc. C'est donc un diagnostic à éliminer, d'autant plus que les taches sont constituées par une petite élevure, par une papule que l'on ne rencontre jamais dans le purpura.

Il convient d'insister sur l'examen du cœur. La matité précordiale n'est pas très étendue; la longueur de l'organe semble être de 11 centimètres 1/2 et il y a 12 centimètres de matité transversale; sa dilatation est donc incertaine et l'hypertrophie, s'il y en a, insignifiante. Le symptôme dominant est l'absence relative d'impulsion cardiaque; les bruits sont sourds, le premier est mal frappé et s'accompagne à la pointe d'un léger souffle systolique. Il y a donc soit endocardite, soit myocardite, soit peut-être les deux à la fois. L'affaiblissement serait-il la conséquence d'hémorrhagies interstitielles siégeant dans l'épaisseur du muscle cardiaque? Cela est douteux, et le plus souvent ces accidents entraînent la mort subite. M. Rendu a vu une jeune femme de 23 ans, atteinte d'insuffisance mitrale et aortique, qui présenta du purpura aux jambes, des hémorrhagies interstitielles et divers troubles viscéraux. Elle mourut subitement et, entre autres lésions, on trouva, à l'autopsie, des suffusions sanguines sous l'endocarde.

Le seul diagnostic que l'on puisse poser dans le cas qu'étudie M. Rendu est celui d'endocardite ulcéreuse.

En 1858, Kirkes indiqua le premier l'existence d'une entité morbide nouvelle, caractérisée par des symptômes typhoïdes et pyohémiques accompagnant une lésion cardiaque. La première conception fut celle d'une affection aiguë, primitive du cœur, se diffusant dans l'organisme, grâce au transport par la circulation de débris valvulaires, de concrétions sanguines, d'embolies septiques donnant lieu, dans les viscères, à des infarctus et à leurs conséquences.

Lancereaux a démontré la réalité de ces embolies septiques, et c'est bien le cœur qui préside à la dissémination de la maladie. Les taches pourprées que présente la malade ne sont pas autre chose que de petites embolies cutanées septiques. Une embolie de volume infime bloque un petit capillaire et elle produit autour d'elle une petite extravasation sanguine. Mais, à cause de la nature septique de l'embolie, il y a de l'inflammation, de la tuméfaction et une papule. Le travail inflammatoire peut aller jusqu'à donner lieu à des phlyctènes hémorrhagiques.

Les infarctus viscéraux présentent aussi des phénomènes spéciaux. La malade de

M. Rendu a eu, presque dès le début, des symptômes d'apoplexie pulmonaire. Or, quand il s'agit d'une apoplexie pulmonaire ordinaire, non septique, les accidents atteignent leur maximum le premier jour, et le sang ne tarde pas à changer de teinte, en même temps que la guérison se fait d'une manière progressive. Or, chez la malade, les crachats des premiers jours étaient à peine sanglants. A l'auscultation, on n'entendait que de petits foyers de râles, et la dyspnée était fort peu prononcée. Depuis il s'est fait de la broncho-pneumonie qui s'étend, et cette extension est due à des embolies septiques. Il est habituel que la rate soit le siège d'infarctus de même nature.

Il est vraisemblable que l'hématémèse et le melæna qu'a présentés la malade ont une origine analogue et qu'ils sont le résultat d'une oblitération des vaisseaux de l'estomac ou peut-être de l'artère mésentérique supérieure. Quand une embolie se fixe dans cette artère, elle donne lieu, en effet, à une hémorrhagie intestinale abondante.

L'hémiplégie est la conséquence ordinaire des embolies qui se logent dans les artères du système nerveux.

L'endocardite infectieuse est une affection dont les effets secondaires sont plus aisés à constater que la maladie elle-même, et les phénomènes cardiaques sont d'ordinaires relégués au second plan. Dans la plupart des observations, il est question d'un souffle mitral ou aortique plus ou moins intense. Mais ce symptôme est loin d'être toujours attribuable à la maladie et très souvent il existait avant elle. L'endocardite infectieuse, en effet, atteint plus volontiers un cœur déjà atteint.

La maladie frappe-t-elle tout d'abord le cœur, ou bien l'infection générale précède-t-elle la détermination cardiaque? On a à peu près renoncé aujourd'hui à voir dans l'endocardite infectieuse une maladie primitive du cœur. Ce dernier développe et dissémine la maladie, voilà son rôle. Les lésions qu'il présente sont d'ailleurs fort variables: tantôt l'endocarde est ulcéré, les valvules perforées, tantôt celles-ci sont couvertes de végétations. Le plus souvent ces lésions sont associées, ou bien encore les valvules semblent à peu près saines et on ne trouve sur elles que quelques exsudats.

Le cœur joue donc un rôle pathogénique considérable, mais il ne crée pas la maladie. En effet, dans les dépôts fibrineux, dans les embolies, au niveau des ulcérations, on trouve toujours des micro-organismes. Il est vraisemblable que l'infection vient de l'extérieur. Le cœur n'est intéressé par cette infection que parce qu'il se trouve forcément en contact avec les micro-organismes introduits dans le sang, qui s'accumulent et se multiplient dans les points où le courant sanguin est le moins actif. De leur pullulation résultent les lésions du cœur qui, à leur tour, fournissent matière à une dissémination nouvelle des agents infectieux.

On admet aussi que ces agents infectieux n'appartiennent pas à une espèce unique et que leur porte d'entrée n'est pas toujours la même. Ainsi, pour l'endocardite infectieuse puerpérale, la porte d'entrée est vaginale ou utérine, et c'est d'un streptocoque qu'il s'agit. Quand l'endocardite est d'apparence spontanée, cette porte d'entrée est généralement difficile à préciser. Elle paraît être pulmonaire quand la maladie survient au cours ou à la suite d'une pneumonie. Le micro-organisme peut encore pénétrer par les voies digestives; dans des cas heureusement rares, l'endocardite se montre après une amygdalite infectieuse. Le plus souvent la voie suivie échappe, mais on peut dire que dans l'endocardite infectieuse, comme dans toutes les endocardites qui surviennent au cours des maladies aiguës, l'endocarde n'est atteint que secondairement.

L'endocardite infectieuse n'est qu'un syndrome, et non toujours identique. La distinction que l'on établissait entre les formes ulcéreuse et végétante n'a plus de raison d'être aujourd'hui.

Les espèces bactériennes que Weichselbaum, Netter, etc., ont montrées dans les cas d'endocardite infectieuse sont assez nombreuses. Celle qui semble être la plus fréquente est le staphylococcus aureus, puis viennent le staphylococcus albus, les streptocoques et les pneumocoques. En somme elle peut être causée par tous les agents de la suppuration. Jusqu'ici la distinction de ces espèces n'a donné lieu à aucune conclusion touchant le diagnostic clinique et le pronostic.

L'endocardite infectieuse est rare. Les expériences de Weichselbaum et de Wyssokovicz montrent pourquoi. Si, chez un animal dont le cœur et les poumons sont sains,

on injecte des cultures de streptocoques, on déterminera une maladie générale ou non, mais pas d'endocardite infectieuse. Si on lèse d'abord les valvules en les grattant ou en les lacérant, si on se contente même de les toucher un instant avec une baguette de verre, sous l'influence de la même injection, l'animal contracte une endocardite. Ce n'est cependant pas le traumatisme qui cause la maladie, car s'il est pratiqué avec un instrument aseptique, et, s'il n'est pas suivi d'injection, l'animal guérit sans fièvre.

Voilà pourquoi la plupart des malades atteints de pneumonie ou d'une autre affection septique n'ont pas d'endocardite infectieuse et pourquoi celle-ci se produit au cours de la moindre maladie septique quand le cœur a été touché auparavant. Cependant la qualité du microbe n'est pas sans importance et le staphylococcus aureus semble être le plus actif. Rippert aurait réussi à provoquer l'endocardite infectieuse à l'aide de ce micro-organisme, même en l'absence de lésion cardiaque.

Au point de vue clinique, on relève presque toujours dans le passé des malades une maladie ayant pu influencer le cœur. La cause déterminante semble très variable : fièvre typhoïde ou puerpérale, pneumonie, grippe, surmenage, inanition, mauvaises conditions hygiéniques, etc.

L'indication thérapeutique dans l'endocardite infectieuse est de détruire l'agent infectieux. Malheureusement on n'en a pas les moyens et on peut à peine agir sur ses manifestations. M. Rendu a essayé chez sa malade des injections de caféine contre le collapsus; il a dû y renoncer à cause d'infiltrations phlegmoneuses et semi-hémorrhagiques. On peut prescrire le sulfate de quinine, sans grand espoir; l'alcool; la limonade sulfurique. De petites doses de morphine combattront l'éréthisme cardiaque et l'angoisse.

BIBLIOTHÈQUE

Considérations sur les suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe, par le docteur H. Ménard. — Th. inaug. Paris, 8 janvier 1891.

Les suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe sont assez fréquentes. Elles ont été surtout observées pendant la dernière épidémie de 1889-90 et ont revêtu diverses formes qui ont été bien étudiées par M. le docteur Ménard, ainsi que leurs complications et leurs terminaisons.

L'inflammation diffuse aiguë des cellules mastoïdiennes est le plus souvent consécutive à une otite moyenne purulente aiguë; elle peut aussi être consécutive à une ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde, qui succède elle-même à une ostéo-périostite du conduit auditif externe; elle peut survenir sans lésion auriculaire. L'inflammation peut être circonscrite. Enfin il existe une forme chronique, qui est chronique d'emblée ou succède à la forme aiguë.

Le pronostic est toujours grave. Dans la statistique de Back, sur 69 malades, 3 seulement ont guéri spontanément.

Quand on croit devoir trépaner pour les raisons précédemment indiquées, il faut recourir immédiatement et sans délai à l'ouverture opératoire des cellules.

Le procédé recommandé par M. Ménard est celui qui a été préconisé par M. le professeur Duplay. Ce procédé permet d'arriver jusqu'à l'antre mastoïdien. Comme instruments, il conseille la gouge, les ciseaux et le maillet. C'est un bon moyen d'éviter la blessure du sinus.

Dans la forme circonscrite, on ne doit chercher qu'à ouvrir les cellules.

Les résultats des statistiques sont absolument favorables à l'intervention, et la mort n'est pas imputable à l'opération elle-même. — Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 février. — Présidence de M. LABBÉ.

SOMMAIRE : *Suppurations et altérations musculaires consécutives à la fièvre typhoïde. — Maladie de Morvan et syringomyélie. — Maladie de Parrot (pseudo-paralysie syphilitique).*

M. LAVERAN : M. Raymond a communiqué, dans la dernière séance, une observation démontrant que le bacille d'Eberth peut, dans certaines conditions, devenir pyogène. On ne saurait cependant attribuer à ce bacille toutes les suppurations survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. En effet, dans un cas récent, M. Laveran n'a pu retrouver que le staphylococcus aureus dans le pus de trois abcès survenus chez le même malade. Il s'agissait d'un jeune soldat de 23 ans, entré au Val-de-Grâce le 29 décembre dernier. Quelques jours après son admission, un phlegmon se développait à la face dorsale de sa main droite, puis un deuxième à l'avant-bras gauche; enfin, quelques jours plus tard, une troisième collection se formait à la face postérieure du bras droit. Dans le pus de ces trois phlegmons, on ne trouva, nous l'avons dit, que le staphylocoque doré ; le bacille d'Eberth faisait complètement défaut.

L'observation de M. Laveran présente de plus une particularité intéressante au point de vue des altérations musculaires. Le 20 janvier, en effet, le malade s'était plaint de douleurs vives au niveau des muscles droits de l'abdomen, et, en ce point, on avait trouvé une saillie molle, fluctuante, avec plaques ecchymotiques tout autour. Une pneumonie gauche vint aggraver l'état du malade, qui mourut le 29 janvier.

A l'autopsie, on trouva des cicatrices au niveau des plaques de Payer, une pneumonie gauche, de la péricardite. Les muscles droits de l'abdomen furent soigneusement examinés : les faisceaux musculaires étaient noirâtres, infiltrés de sang; il y avait en outre une collection de sang liquide. Au microscope, dégénérescence granulo-vitreuse très marquée.

Les altérations musculaires au cours de la fièvre typhoïde sont bien connues (Zenker, Hayem), mais dans aucune observation on ne les signale aussi profondes qu'elles l'étaient chez ce malade. Il faut ajouter que, sur les coupes des muscles les plus altérés, on ne put découvrir le bacille d'Eberth. Il est vrai qu'au moment de l'autopsie, la fièvre typhoïde était déjà à sa période terminale; les plaques de Payer étaient cicatrisées et la rate avait repris son volume normal. Ce dernier organe contenait cependant encore des bacilles typhiques en assez grand nombre.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait attribuer à ces derniers les lésions musculaires de la fièvre typhoïde. D'ailleurs, elles ne sont pas particulières à cette affection et peuvent se montrer dans la plupart des maladies infectieuses.

— M JOFFROY a soutenu depuis longtemps que la maladie de Morvan n'est qu'une modalité clinique de la syringomyélie. Dans une leçon faite à la Salpêtrière, en décembre dernier, il a de nouveau développé cette thèse, en présentant une femme atteinte depuis vingt ans de la maladie de Morvan. Or, cette femme est morte il y a quelques jours. M. Joffroy vient présenter à la Société la main droite de la malade, offrant des déformations typiques qui ne permettent pas d'hésiter sur le diagnostic, et un tronçon de la moelle, avec une énorme perte de substance dans sa partie centrale. La moelle, en effet, était creusée d'une vaste cavité allant de la région cervicale supérieure jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale.

Sur la main, on remarque que le pouce manque; il a été amputé il y a vingt ans à la suite d'un panaris avec nécrose des phalanges. L'index, le médius, l'annulaire furent successivement le siège de lésions semblables; en cinq mois, les quatre premiers doigts de la main droite perdaient tous une notable partie de leur squelette à la suite de panaris. Il est important de remarquer que l'amputation du pouce avait bien réussi et que la cicatrisation avait été rapidement obtenue, ce qui est assez étonnant avec des troubles si profonds de la nutrition.

Sur la coupe de la moelle, on voit une vaste cavité centrale s'étendant à droite et à gauche, ayant détruit, outre la région centrale, la plus grande partie de la corne postérieure droite, et ayant entamé la corne postérieure gauche. La cavité mesure six à sept millimètres dans son diamètre transversal, et deux à trois millimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

L'année dernière, M. Joffroy avait déjà eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une femme atteinte de maladie de Morvan, et il avait trouvé que la lésion correspondant au syndrome de Morvan est la syringomyélie. Le nouveau fait présenté aujourd'hui vient donc prouver encore que la maladie de Morvan n'est en effet qu'une expression clinique de la syringomyélie.

M. Raymond demande quel était l'état du champ visuel de la malade.

M. Joffroy : Le champ visuel était rétréci, et même très rétréci à droite. La malade, d'ailleurs, était hystérique : elle avait une hémianesthésie droite complète, sensorielle et sensitive; l'odorat, le goût, l'ouïe, la vue, tous les sens étaient atteints. De plus, la malade avait eu des crises caractéristiques.

Or, dans un autre fait de syringomyélie, M. Joffroy n'avait pas observé de rétrécissement de champ visuel, pas plus du reste qu'aucun autre stigmate d'hystérie. C'est donc bien à l'hystérie qu'il faut attribuer le rétrécissement du champ visuel et non point à la syringomyélie.

— M. Comby a présenté l'an dernier, à la Société clinique, deux cas de pseudo-paralysie syphilitiques suivis de guérison. Il vient d'en observer un troisième, dont la terminaison fut tout aussi favorable. C'était un petit garçon de six semaines présentant tous les signes de la cachexie syphilitique héréditaire et ayant depuis sa naissance un coryza intense. Son bras droit était complètement paralysé. Au niveau de l'extrémité supérieure du radius, on constatait un gonflement et la pression était, en ce point, très douloureuse.

La mère, âgée de 29 ans, affirmait n'avoir jamais été malade; elle avait eu dix grossesses. Sauf le premier enfant, né d'un premier mari bien portant, les autres étaient venus avant terme et mort-nés. Il faut en excepter aussi le dernier, qui fait le sujet de cette communication. Ceci montre bien le rôle de la syphilis dans la décroissance de notre population.

L'enfant fut soumis aussitôt à des frictions mercurielles quotidiennes et aux bains de sublimé (1 gramme par bain). Au bout de quinze jours, la guérison était complète. Les mouvements étaient redevenus possibles, l'hypérostose radiale avait disparu, et le coryza s'était considérablement amendé.

La pseudo-paralysie syphilitique est donc somme toute assez bénigne. Parrot en avait beaucoup exagéré le pronostic qui, pour lui, était fatal. Aujourd'hui les cas de guérison sont extrêmement nombreux. Fournier a toujours vu guérir les petits malades qu'il a observés.

La « maladie de Parrot » ne saurait donc plus nous effrayer. Le tout est d'intervenir à temps et de placer l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques. Il sera donc très important de porter de bonne heure le diagnostic. Celui-ci doit se faire avec les fractures du radius, l'ostéomyélite, le décollement des épiphyses, la paralysie infantile; mais l'erreur sera, dans presque tous les cas, facile à éviter.

Quant au traitement, il consiste en frictions avec l'onguent napolitain, bains de sublimé, liqueur de Van Swieten (1, 2, 3 grammes suivant l'âge de l'enfant), et sirop de Gibert. Le traitement sera continué pendant assez longtemps.

M. Cadet de Gassicourt partage entièrement les idées de M. Comby sur le pronostic de la maladie de Parrot. Il a vu de nombreux cas de guérison, quelques-uns même s'étant produits en l'absence de tout traitement.

Si Parrot regardait la pseudo-paralysie syphilitique comme très grave, c'est probablement parce que le diagnostic n'était alors porté que très tardivement. La syphilis avait le temps de produire des lésions irréparables, et le petit malade mourait de l'intensité de son infection syphilitique.

Quant au traitement, ce sont surtout les frictions à l'onguent napolitain que M. Cadet de Gassicourt a employées, les bains de sublimé ne pouvant être utiles que s'il y a des lésions cutanées.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE PRATIQUE DE PARIS

Séance du 19 février 1891. — Présidence de M. Le Blanc.

Parasites des fosses nasales. — M. Delobel (de Noyon) cite l'observation d'une jeune fille de 15 ans qui se plaignait de maux de tête très violents s'accompagnant de sécrétions nasales abondantes d'apparence vermiculaire. D'après la mère, de semblables sécrétions auraient eu lieu par l'anus. La malade accuse des fourmillements dans les fosses nasales. Cependant à l'examen rhinoscopique on ne trouve rien de particulier.

Malgré la rareté du fait, M. Delobel pense à la présence de larves de mouches bleues dans les narines de sa malade, celle-ci ayant coutume pendant l'été de se coucher sur l'herbe à la campagne. Il prescrit des douches naso-pharyngiennes avec une solution boriquée à 4 p. 100 en recommandant à la malade de lui apporter les parasites dès qu'elle le pourrait. Quelques jours après, elle revient avec environ 30 parasites de volume différent qu'il reconnait pour être la larve de mouche bleue (calliphora vomitoria) autrement dit l'asticot des pêcheurs à la ligne. M. Delobel change l'acide borique contre le chlorure de sodium à 40 p. 100, par économie, pour les douches naso-pharyngiennes et pour les lavements tous les deux jours.

Ce traitement a eu pour résultat de faire disparaître promptement les larves qui étaient la cause des désordres constatés. M. Delobel explique leur présence par le dépôt dans les fosses nasales de la jeune fille d'œufs d'une mouche bleue ayant donné promptement naissance à des larves. Il recommande dans ce cas les douches naso-pharyngiennes antiseptiques.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. Gillet de Grandmont fait l'analyse d'un travail allemand sur l'ouverture des cavernes tuberculeuses dans les cas de phthisie avancée avant l'inoculation de la lymphe de Koch. Ce travail accuse cinq observations sur lesquelles trois malades seraient en voie de guérison, un serait presque guéri, un seul serait mort.

De l'ichthyol et des ichthyolates alcalins dans l'érysipèle. — M. Gillet de Grandmont donne lecture d'une note très courte sur l'emploi de l'ichthyol et des ichthyolates alcalins dans les cas d'érysipèle. Cette substance agirait comme antiseptique, comme constricteur des vaisseaux.

Elle serait très favorable aussi dans les cas d'albuminurie. Il cite deux cas traités par l'ichthyolate d'ammoniaque et le succès a été complet.

Les secrétaires annuels : MM. Bovet et Jasiewicz.

FORMULAIRE

Gouttes contre la dysménorrhée chlorotique. — Monin.

Alcoolat de mélisse	ââ 15 grammes.
Teinture de safran	
Teinture d'iode	

Mêlez. — Douze gouttes avant les deux principaux repas, pendant deux mois. — Tous les huit jours, un bain chaud additionné de 125 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques d'histologie (deuxième semestre), sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, sont obligatoires pour les élèves

docteurs de deuxième année; ils commenceront le mardi 7 avril 1891, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de deux heures un quart à quatre heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — MM. les étudiants de deuxième année, qui ont pris la sixième inscription en janvier 1891, sont convoqués individuellement par une lettre spéciale.

Ces travaux sont facultatifs pour les élèves de troisième année. Le laboratoire sera ouvert, à partir du 10 mars 1891, les mardis, jeudis, samedis, de quatre heures à six heures de l'après-midi, aux élèves qui désireraient examiner des préparations histologiques en vue du deuxième examen (première partie) de doctorat.

Ces étudiants devront, au préalable, se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), jusqu'au 4 mars inclusivement, et présenter la quittance à souche constatant le payement des droits afférents à la dixième inscription prise en janvier 1891 ; ils seront convoqués par lettre spéciale.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1891, M. le docteur Gariel a été nommé membre au Comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

M. le docteur Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été nommé auditeur près cette même assemblée.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Les prix J. Dubreuilh et Fauré devant être décernés en 1892, la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a choisi les questions suivantes :

Prix Dubreuilh (400 fr.). — Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Prix Fauré (300 fr.). — Des différents moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir.

Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Hospices civils de Marseille. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint à l'hospice Sainte-Marguerite sera ouvert le lundi 25 mai 1891, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, depuis le lundi 27 avril 1891 jusqu'au vendredi 15 mai inclusivement, de deux heures à six heures du soir.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — **Anorexie.** — Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Lorsque Jupiter se fâche, c'est qu'il a tort. Jupiter, dans l'espèce, c'est le *St Petersburger medicinische Wochenschrift*, un journal allemand que les Russes réchauffent dans leur sein, et qui en profite pour les mordre à propos de la lymphe de Koch. Ce journal (j'allais dire ce reptile) nous a fait, du reste, l'honneur de nous confondre dans la même rancune et, dans son numéro du 12 janvier, a fait une sortie violente contre le *Wratsch* et les journaux médicaux français qui ont osé, dit le *Progrès médical*, blâmer la conservation en secret du fameux remède.

Maintenant que la préparation du remède de M. Koch est connue de tout le monde, dit cette feuille allemande, il faut croire que la comédie d'indignation, mise en jeu principalement par les journaux professionnels russes et français, va, enfin, cesser. Si le grand savant plein de mérite et de bonté ne peut nullement souffrir de cette farce, il est tout de même temps de laisser de côté les petites chicanes indignes qui blessent l'honneur du corps médical universel. Il est triste de voir que même les journaux médicaux, qui passaient jusqu'à présent pour être sérieux et respectables, recueillent avec plaisir et publient toutes les opinions négatives, toutes les sales insinuations et les méchantes plaisanteries sur M. Koch, sur son remède et sur le secret de sa préparation. Sous ce rapport se distinguait surtout le *Wratsch*, qui ne s'apercevait pas qu'il se plaçait de cette façon au même niveau que les petites feuilles à commérage et à scandale dans le genre de l'*Union médicale*, etc.

En nous citant seul parmi les journaux français, le *St Petersburger medicinische Wochenschrift* montre que c'est l'*Union médicale* qu'il considère comme la plus coupable de nos feuilles professionnelles. Nous devons en être très fiers, mon collaborateur M. Chéron et moi, qui, les premiers, avons mis en garde nos compatriotes contre les belles promesses venues de Berlin. C'est ce qui vaut à l'*Union* les honneurs de la citation de la feuille allemande pétersbourgeoise. Nous ne voulons pas rouvrir ce débat ; comme l'a dit excellemment notre cher maître M. Verneuil, dans sa conférence de Rouen, « de ce côté des Vosges, quand l'ennemi est par terre, on ne l'écrase pas d'un coup de botte ». Tout le monde est d'avis maintenant que, si la découverte du bacille était une victoire pour l'Allemagne, la lymphe impériale est un désastre pour elle. Rappelons seulement que nos articles ont été faits sérieusement, d'après les communications faites aux Sociétés savantes de Berlin par les admirateurs de M. Koch, MM. Bergmann, Lévy, etc., et que, si nous n'avons donné que des opinions négatives, c'est que l'examen minutieux des faits cités ne nous a pas permis d'en trouver d'autres. « Pas de guérison complète ! » disaient les uns. « Des aggrava-

tions! » disaient les autres. « Des morts ! » vint ensuite ajouter M. Virchow, qui en signalait 51 rien qu'à l'hôpital de la Charité. Et à qui fera-t-on croire qu'on peut considérer comme définitive la guérison d'une tuberculose datant de deux mois?

« Le grand savant, dit la feuille allemande, ne peut nullement souffrir de cette farce. » Alors pourquoi prendre sa défense? A la vérité, M. Koch ne peut souffrir de ce qu'on dit de lui, il a assez de ses propres actes.

D'ailleurs, nous n'avons besoin, pour continuer notre plaidoyer *pro domo nostra*, que de reproduire les arguments exprimés par M. J. R. dans le *Progrès médical* du 28 février (p. 180).

La rédaction du *Wratsch* a répondu comme il convient de répondre à une semblable querelle. Le *St Petersburger medicinische Wochenschrift* a oublié de dire que le *Wratsch* (et nous non plus) n'a jamais cherché à diminuer le mérite de M. Koch comme bactériologiste, mais qu'il protestait et protestera toujours (et nous aussi) contre la conservation secrète d'un remède. Ce fait est d'autant plus regrettable que, même lorsque l'illustre savant allemand était forcé de se rendre aux protestations du monde médical tout entier, il a publié la préparation de sa lymphe dans une forme qui est bien loin de celle qu'on adopte habituellement dans ce cas; car, encore maintenant, ceux qui désirent vérifier la méthode de préparation du remède sont obligés de tâtonner, de faire une quantité d'expériences préparatoires qui seraient complètement inutiles si son auteur, dont on vante tant la bonté et la générosité, avait décrit avec détails tout ce qu'il fallait savoir. Mais est-il vrai d'abord que seuls les journaux russes et français se sont prononcés contre cette façon de faire? Que l'honorable feuille allemande veuille bien consulter les numéros de décembre dernier des journaux anglais *The British medical Journal*, *The Lancet*, *Provincial medical Journal*, des journaux belges et même allemands et autrichiens, en y joignant des italiens, adoptant les opinions du professeur Semmola, elle verra que ces journaux ont identiquement la même manière de voir. Les Allemands n'étaient pas tous aveuglés par l'enthousiasme de la découverte, puisque Mendel a dit à la Chambre médicale de Brandebourg des choses plus dures que les journaux russes, français et anglais (moins dures toutefois encore que les communications nécropsiques de M. Virchow).

Le secret gardé par Koch était tout à fait contradictoire avec nos mœurs scientifiques. Or, la presse médicale, à quelque nation qu'elle appartienne, a pour devoir de surveiller tout ce qui touche à l'honneur professionnel du corps médical; se taire en présence des infractions flagrantes aux règlements de déontologie médicale, rien que parce que cette infraction est commise par un savant très célèbre, serait de la lâcheté, et nous dirons avec le *Wratsch* que nous regrettons beaucoup de ne pas pouvoir nous incliner devant tout ce qui est allemand, pour l'unique raison que c'est allemand.

Nouveau remède contre la tuberculose.

Bien que ce remède nous vienne encore de Berlin, nous devons le signaler parce que cette fois on sait ce que c'est. Le médecin qui le préconise, M. Liebreich, en a dévoilé le nom, la composition et le mode d'emploi. C'est le cantharidate de potasse, qu'on emploie en injections sous-cutanées. La dose maxima qui puisse être injectée sans danger est de 0 gr. 0,006; la meilleure dose thérapeutique est de 0 gr. 0,001 à 0 gr. 0,002.

Voici le mode de préparation du médicament : On chauffe, au bain-marie, 0 gr. 20 de cantharidine avec 0 gr. 40 de potasse et 20 centimètres cubes d'eau; on ajoute ensuite de l'eau pour faire un litre. Chaque centimètre cube contient alors 0 gr. 0,002 du médicament.

Cette substance a été essayée dans la tuberculose laryngée par MM. B.

Fraenkel et P. Heymann. Elle détermine une transsudation séreuse abondante qui entraînerait les bacilles et favoriserait la cicatrisation des lésions tuberculeuses.

Modification à la méthode d'Estlander.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Quénu a présenté un malade auquel il avait pratiqué l'opération suivante dans un cas de fistule pleurale de longue durée. Dans le but de détacher un plastron costal mobile susceptible d'être repoussé vers le poumon, il pratiqua la résection de la troisième côte dans la ligne axillaire, puis sectionna les côtes sous-jacentes suivant deux lignes verticales en avant et en arrière de la ligne axillaire. Le plastron mobilisé ainsi permit à la rétraction pleurale de s'opérer et d'obtenir la guérison absolue en quarante-cinq jours.

L'idée de cette opération n'est pas nouvelle. Elle a été émise en 1881, dans une excellente monographie sur le traitement de l'empyème publiée dans la collection des *Volkmann's Sammlung Klin. Vortræge*, n° 197. M. Berger l'a citée dans un rapport sur cette opération à la Société de chirurgie dans la séance du 26 décembre 1883 (p. 982 des *Bulletins*).

« Peut-on, dit-il, pour favoriser l'affaissement des côtes, après en avoir réséqué une certaine longueur au niveau du foyer, pratiquer, ainsi que Wagner le propose, une troisième section plus en arrière sur chaque arc costal, de manière à déterminer la formation de fragments mobiles qui puissent s'enfoncer vers l'intérieur de la poitrine? Cette conduite n'a pas été jusqu'à présent suivie; elle ne me paraît pas exempte d'inconvénients, la section postérieure devant être faite au milieu des muscles larges du dos, et de plus à un endroit où la présence d'adhérences pleurales serait peut-être moins sûre. Elle doit, en tout état de cause, être réservée pour les cas rebelles où la résection simple se serait montrée inefficace. »

L'année suivante, M. Ehrmann (de Mulhouse) a rappelé cette citation de M. Berger dans une note présentée à la Société de chirurgie le 23 avril (p. 336 des *Bulletins*). Mais cela ne diminue en rien le mérite de M. Quénu, qui a le premier mis en pratique cette modification opératoire, et qui surtout, en faisant la section des côtes en arrière de la ligne axillaire, a évité l'inconvénient du procédé proposé par Wagner, c'est-à-dire de tomber au milieu des muscles larges du dos. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Le nitrate d'argent dans la chirurgie des voies urinaires, par M. le professeur Guyon (1). — Le nitrate d'argent est d'un usage journalier dans notre service. Depuis longtemps, nous nous en servons avec succès pour combattre les inflammations suppuratives de l'urèthre et de la vessie. Voici plusieurs mois déjà que vous m'en voyez faire usage avant et au cours des opérations qui portent sur l'appareil urinaire infecté, comme complément des précautions antiseptiques habituelles. Cet emploi nouveau du sel lunaire est justifié par les réelles propriétés antiseptiques que nous avons reconnues à ce médicament. C'est grâce à elles qu'il agit à titre préventif et sans doute aussi comme agent curatif.

---

(1) *Mercredi médical*, 1891.

Les résultats heureux de l'usage du nitrate d'argent sont clairement démontrés par la clinique; vous pouvez les observer chaque jour. Des expériences que nous avons entreprises récemment, avec le concours de M. Hallé, et que je vous exposerai en terminant, sont venues confirmer et expliquer ces résultats.

Si je m'en rapportais à certains détails de ces expériences, j'aurais pu intituler cette leçon : *L'argent et la pratique des voies urinaires*, tant il semble que ce soit le métal lui-même qui soit l'agent actif. Craignant l'équivoque qu'un pareil titre n'aurait pas manqué de provoquer, je vous parlerai simplement des propriétés thérapeutiques du nitrate d'argent dans les affections de l'appareil urinaire.

Bien avant moi, et depuis longtemps, le nitrate argentique a été employé en chirurgie urinaire. Son usage, en chirurgie et en médecine générales, est plus ancien encore, et vous savez quelle action thérapeutique puissante on lui reconnaît depuis bien des générations médicales dans les inflammations des muqueuses, de la conjonctive, entre autres. Le nitrate d'argent est l'ami des muqueuses, et c'est, en effet, sur ces membranes enflammées qu'il semble agir avec une véritable élection.

Dès 1822, Charles Bell l'appliqua aux inflammations de l'urèthre. Avant lui, on ne s'en était servi dans ce canal que dans le but de détruire par cautérisation les rétrécissements; Charles Bell l'employait à l'état solide. Lallemand (de Montpellier), en 1825, en fit usage sous la même forme contre les inflammations profondes du canal de l'urèthre: usage et peut-être abus. Ses imitateurs, du moins, l'employèrent trop libéralement dans les cas de spermatorrhée. Mais Lallemand eut le mérite d'en recommander aussi l'emploi dans le catarrhe chronique de la vessie.

Le nitrate d'argent liquide, sous forme d'injections nitratées, avait été conseillé déjà, vers le commencement du siècle dernier, dans les écoulements virulents de l'urèthre. Carmichael (de Dublin) usait d'une solution forte, 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau.

Daniel (de Cette), en 1842, fut le premier à se servir du nitrate dissous pour le traitement de la cystite. Il fit, à un mois d'intervalle, deux injections de 1 gr. 25 pour 125 grammes d'eau, à 1 p. 100, par conséquent; il obtint une guérison.

Mercier, en 1884, sans connaître ce fait isolé, emploie dans la vessie une solution forte, à 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau. C'est à lui que revient le mérite d'avoir vulgarisé ce moyen thérapeutique; c'est avec lui que le nitrate d'argent entre définitivement dans la pratique urinaire usuelle. Après avoir eu des accidents avec cette solution forte, il en abaisse le titre progressivement et arrive à ne plus employer qu'une solution à 1 p. 500. Il l'injecte dans la vessie après un lavage à l'eau tiède, évacue après un séjour de quelques minutes, et, si besoin est, renouvelle une seconde fois ce traitement. S'il existe des lésions concomitantes de l'urèthre profond, il y fait également une injection. C'est, dit-il, le meilleur traitement que nous possédions contre les cystites; il a même plus d'action sur la vessie que sur l'urèthre. Dans les hématuries qui accompagnent le catarrhe vésical, il obtient même du nitrate d'argent de très bons résultats.

Vous savez, Messieurs, que, pour ma part, j'use, pour les injections vésicales, de solutions à 1/500, 1/300, 1/100 même, dans des cas exceptionnels.

Depuis 1868, j'ai généralisé et préconisé l'emploi du nitrate d'argent en solution contre les lésions chroniques de la blennorrhagie uréthrale; j'ai appris, à l'aide de cet instrument aujourd'hui familier à tous, l'instillateur, à porter sur la région malade des doses bien graduées du médicament. Le titre des solutions employées varie de 1 à 5 p. 100. Dépasser cette dernière dose est toujours dangereux. J'ai été jusqu'à employer jadis, dans des cas particulièrement rebelles, une solution à gramme pour gramme; j'ai eu des accidents.

Dans un cas de cystite tenace, que nous reconnaîtrions aujourd'hui pour tuberculeuse, l'emploi de quelques gouttes de cette solution concentrée provoqua une grave hématurie, avec caillots abondants, obstruant l'urèthre, et nécessitant le nettoyage de la vessie par aspiration. A un moindre degré, l'hémorrhagie est souvent la réponse que vous obtiendrez en interrogeant par le nitrate d'argent, même à un titre ordinaire, les cystites tuberculeuses. Cet agent, malgré ses précieux avantages, ne convient donc pas, vous le voyez, dans toutes les cystites.

Capable de provoquer l'hématurie quand il est ainsi employé à contretemps, le nitrate d'argent doit être pourtant considéré dans d'autres circonstances comme le meilleur et le plus sûr hémostatique. Avec lui, et lui seul, vous ferez cesser immédiatement, en vingt-quatre heures au plus, les hématuries terminales, parfois abondantes, des cystites blennorrhagiques suraiguës. Dans toutes les variétés d'inflammation hémorrhagiques de la vessie, tuberculose et néoplasmes étant mis hors de cause, vous l'emploierez avec succès. Vous remarquerez pourtant que, chez les calculeux atteints de cystite, vous réussirez souvent mal avec lui, pour peu que vous usiez de doses un peu fortes.

Mais c'est là un emploi en quelque sorte exceptionnel de la solution argentique. C'est dans les inflammations suppuratives de la vessie qu'elle est vraiment, on pourrait dire presque constamment, active. Son emploi réitéré amène la diminution d'abord, le plus souvent ensuite, la cessation de la suppuration. Vous échouerez surtout dans le cas où la vessie n'est pas seule en cause; quand, avec elle et après elle, les uretères, les bassinets, les reins, contre lesquels toute action directe est impossible, sont atteints par la suppuration. Dans ces cas, l'amélioration vésicale n'est que passagère; le pus qui vient de plus haut amène bientôt, par inoculation, le retour de la suppuration vésicale. Il est, enfin, des cas de lésions invétérées, limitées à la vessie, contre lesquelles le nitrate d'argent reste impuissant. Dans ces cas, que vous pourrez observer chez les jeunes blennorrhagiques aussi bien que chez de vieux prostatiques depuis longtemps infectés, les lésions de la paroi sont trop profondes pour être radicalement atteintes par l'agent médicamenteux introduit dans la vessie.

Comment, en partant de ces faits d'observation, sommes-nous arrivés à soupçonner, puis à croire, que le nitrate d'argent agit principalement par ses propriétés antiseptiques? L'inflammation substitutive qu'il provoque sur la muqueuse, suivant la théorie sur laquelle s'est étendu complaisamment Trousseau, ne suffit-elle pas à expliquer ses bons effets? N'est-ce pas en provoquant une inflammation de bonne nature, tendant à la guérison, inflammation qui se substitue à la lésion antérieure, qu'il exerce son action curative? Nous pourrions continuer à le penser si l'observation ne nous avait fourni des documents importants d'un autre ordre.

Il se pratique chaque jour, dans ce service, un nombre considérable d'instillations. Depuis vingt ans bientôt, moi-même et mes élèves en faisons quotidiennement usage dans la pratique de la ville. Eh bien! sur ce nombre immense d'instillations, je n'ai jamais observé, pour ma part, jamais entendu parler d'un cas de fièvre, comme il s'en produit trop souvent encore, à la suite du passage des instruments dans l'urèthre. Les malades reviennent régulièrement, reçoivent leurs instillations et retournent à leurs occupations habituelles, sans que rien soit modifié à leur état de santé. Au contraire, un cathétérisme simple, non accompagné de l'emploi du nitrate, peut être suivi d'accidents fébriles marqués, graves même. La seule condition de l'expérience qui ait varié, c'est la présence du nitrate d'argent dans un cas, son absence dans l'autre.

Par ce fait, on est conduit à penser qu'indépendamment de son action modificatrice sur la paroi, le nitrate d'argent en possède une autre; qu'il agit encore en atteignant, en détruisant les micro-organismes uréthraux, qui causent à la fois la suppuration locale et les accidents généraux qui la compliquent.

Cette indication est puissamment fortifiée par la remarque qui suit. Vous savez combien la seringue est un instrument difficile à tenir propre; elle est aujourd'hui généralement abandonnée dans la pratique de la chirurgie antiseptique, et considérée comme un véritable nid à microbes. Nous avons voulu savoir si les seringues qui nous servent journellement pour le traitement au nitrate d'argent étaient, au point de vue microbien, des instruments propres ou non. Des milieux de culture divers, gélatine, bouillon, gélose, ont été ensemencés, soit avec les débris provenant du grattage des pistons de ces seringues, soit avec de l'eau stérilisée ayant servi à laver leur intérieur: toutes ces cultures sont restées stériles. Même les vieilles seringues à instillations restées sans emploi depuis assez longtemps, même celles portées habituellement dans la poche, ainsi examinées par la culture, ont donné des résultats négatifs.

L'expérience a été répétée à plusieurs reprises par M. Albarran, mon chef de clinique, et ses résultats, minutieusement contrôlés, sont bien établis. Donc, les solutions de

nitrate d'argent, employées habituellement dans un instrument comme la seringue, suffisent pour le rendre aseptique.

Cette nouvelle preuve du pouvoir antiseptique du nitrate d'argent nous a conduits à généraliser son emploi pour obtenir l'asepsie de nos instruments. Aujourd'hui, toutes les seringues dont nous nous servons ici, l'aspirateur des fragments lui-même, sont remplis de solutions argentiques et stérilisées par ce procédé; il nous a suffi d'en faire argenter toutes les pièces métalliques pour les mettre à l'abri de l'action du nitrate, qui attaque et détériore vite les instruments ordinaires, même nickelés. Dans la nouvelle seringue que nous avons fait construire par M. Collin, seringue composée d'un corps en verre et de pièces métalliques argentées, une chambre a été réservée à la partie inférieure au-dessous du piston; elle est maintenue constamment remplie de solution argentique qui empêche la contamination.

De l'emploi du nitrate d'argent pour l'antisepsie instrumentale, nous devions être amenés à en faire usage pour l'antisepsie opératoire. Là encore il nous donne les meilleurs résultats.

Nous employons méthodiquement la solution à 1/500e en lavages dans les voies infectées, avant et pendant la lithotritie. Souvent aussi nous en usons après l'uréthrotomie interne; là son emploi devrait être général, car il est impossible de produire par les lavages l'antisepsie vésicale chez le rétréci avant l'opération Nous conseillons donc d'en user pour laver la vessie immédiatement après l'uréthrotomie, la vessie et le canal au moment de l'ablation de la sonde.

Toute cette série de remarques et de résultats cliniques nous ont amenés à étudier expérimentalement les propriétés antiseptiques du nitrate d'argent. En vous répétant que ces expériences ont été conduites par M. Hallé, je vous donne la certitude de leur rigueur scientifique. Déjà M. Raulin avait constaté que 1/1,600,000e de nitrate d'argent, ajouté au liquide artificiel composé par lui-même pour la culture de l'aspergillus niger, arrête brusquement la culture de cet organisme. Ce même expérimentateur avait vu se produire un phénomène analogue au simple contact de l'argent métallique. M. Behring (1887), expérimentant sur le même sujet, a vu que 1/80,000e de nitrate d'argent entrave la végétation des spores du charbon. M. Kreiss (1885) avait observé que la culture du gonocoque est arrêtée par l'addition de 1/2 p. 100 de nitrate d'argent.

Les résultats que nous avons obtenus plaident dans le même sens.

Dans une première série d'expériences, le liquide de culture, bouillon ou urine stérilisée par filtration, est additionné d'une solution de nitrate d'argent à 1/100e, dans la proportion de 1 centimètre cube pour 10. Le précipité de chlorure d'argent s'étant produit et rassemblé par le repos au fond du vase, le liquide clair qui surnage est inoculé avec divers microbes : staphylococcus aureus, bactérie pyogène, urobacillus liquefaciens septicus. Sur six cultures ainsi traitées, une seule fois un faible développement fut observé pour la bactérie pyogène.

De la gélatine est additionnée de nitrate d'argent dans la proportion de 1 p. 500; la réduction s'opère lentement et un précipité d'argent métallique se produit dans le milieu de culture, auquel il donne une teinte noirâtre sans lui enlever toute sa transparence. Des tubes de gélatine inclinés, ainsi préparés, inoculés en surface, se sont montrés absolument impropres à la culture. Six microbes différents, staphylococcus aureus, albus, charbon, bacille pyocyanique, bactérie pyogène, urobacillus, semés sur ce milieu, n'ont fourni aucun développement.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons essayé l'action du sel d'argent sur des cultures en pleine activité de développement.

Quatre cultures récentes sur bouillon (aureus, albus, bactérie pyogène, urobacillus), reconnues bien vivantes par réinoculation, sont additionnées d'une solution de nitrate d'argent à 1/10 dans la proportion de 1 centimètre cube pour 10. Après production du précipité, ces cultures sont laissées six heures en repos à l'étuve, agitées, puis réinoculées sur gélatine.

L'aureus et l'albus fournissent une nouvelle culture : la bactérie pyogène et l'urobacillus ne se développent pas.

Les mêmes tubes additionnés de nitrate d'argent, réinoculés au bout de onze jours, ne fournissent plus aucune culture.

La même expérience a été répétée avec des cultures faites sur urine, afin de serrer du plus près possible les conditions de l'emploi clinique du nitrate d'argent.

Quatre cultures (aureus, albus, bactérie pyogène, urobacillus), additionnées de la même proportion de nitrate que précédemment, réinoculées après vingt-quatre heures de repos à l'étuve, n'ont plus fourni aucune culture.

On peut donc affirmer que le nitrate d'argent ajouté à un milieu de culture, transformé en chlorure d'argent ou en argent métallique, le rend impropre au développement, que la solution argentique versée dans une culture active en arrête le développement. Cette concordance entre les résultats déjà anciens de l'observation clinique et ceux de ces récentes expériences nous fait admettre une action antiseptique puissante du nitrate d'argent. Il n'agit pas seulement comme agent modificateur, développant dans la paroi malade une inflammation curative, il agit encore en attaquant et en détruisant les micro organismes qui vivent dans l'urine altérée. Nous avons la preuve de son action sur les microbes urinaires les plus habituels, en culture sur l'urine.

Vous remarquerez même son action élective sur les deux microbes, dont l'action pathogène sur l'appareil urinaire a été le mieux mise en évidence, la bactérie pyogène et l'urobacillus liquefaciens. Nous les avons, en effet, vus mourir dans un liquide laissé six heures au contact du précipité de chlorure d'argent, alors que l'aureus et l'albus continuaient à vivre. Nous vous ferons aussi remarquer qu'après plusieurs semaines, vous retrouverez au fond des tubes à expérience tout le précipité de chlorure d'argent ; vous savez que ce sel est insoluble. Nous pouvons donc admettre qu'ici encore l'argent agit à dose infinitésimale. Je dis l'argent, sans l'affirmer, encore bien que les expériences sur gélatine permettent de le supposer.

Quoi qu'il en soit, vous emploierez donc le nitrate d'argent comme antiseptique, et le plus souvent avec succès. Vous aurez des résultats rapides, radicaux, contre les suppurations vésicales dans la plupart des cas. Il en est pourtant où vous serez moins heureux; vous améliorerez sans guérir, parfois même vous échouerez complètement. Il en sera ainsi particulièrement dans les cas de cystite ancienne invétérée à lésions profondes. Alors les micro-organismes ont pénétré la paroi; il faudrait peut-être dans ce cas faire précéder d'un curettage l'emploi du nitrate pour lui permettre d'exercer son action.

Vous l'emploierez aussi pour soustraire vos opérés aux effets d'une infection déjà existante ou pour les préserver des contaminations instrumentales. Bien des cas nous autorisent à vous promettre aussi de ce mode d'emploi de très satisfaisants résultats. Si nous n'usons que depuis quelques mois du nitrate d'argent, au cours des opérations, il y a longtemps que nous y recourons dans le cas où la réceptivité à l'invasion microbienne est surtout à craindre. Chez les malades à distension ancienne, par exemple, il nous est arrivé bien souvent d'arrêter ainsi l'inoculation de la vessie ou de l'empêcher de se produire. Cette pratique est d'un usage courant dans nos salles; nous l'étendrons plus encore, parce que les résultats fournis par l'expérimentation nous ont fourni des démonstrations positives d'une action antiseptique réelle et puissante que nous ne pouvions jusque-là que présumer.

C'est pour cela, Messieurs, que j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler votre attention sur un vieux sujet, rajeuni comme tant d'autres par les données nouvelles.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Ollivier fournit des renseignements supplémentaires sur la communication qu'il a faite à la dernière séance au sujet de la transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache. Les rectifications à faire portent sur les points suivants :

1º La première malade n'avait pu être contaminée dans la pension indiquée; elle l'avait quittée au mois d'avril 1886, et la vache tuberculeuse n'avait été achetée qu'au mois de mai de la même année. En disant que cette vache était dans la maison depuis neuf ans, M. Ollivier commettait une erreur de chiffre; le manuscrit de M. Boutet, où il avait pris ces faits, portait trois ans;

2º Le lait de cette vache servait à l'alimentation du personnel enseignant et des domestiques, et non à celle des élèves qui n'en ont pris que par exception, et en très petite quantité; il n'y a eu aucun cas de tuberculose parmi les personnes qui buvaient habituellement du lait suspect; on le faisait d'ailleurs toujours bouillir;

3º La proportion des cas de tuberculose n'avait pas été sensiblement plus forte dans le pensionnat incriminé que dans les établissements similaires de la région.

Malgré cela, un fait reste acquis : une vache tuberculeuse a donné du lait pendant trois ans dans un pensionnat, et pendant cet intervalle le nombre des cas de tuberculose paraît avoir été plus élevé qu'il ne devrait l'être.

— M. Brouardel, avant de répondre au dernier discours de M. Le Fort, constate avec plaisir qu'il est d'accord avec lui sur deux points importants, et que tous deux ne sont séparés que par une question de doctrine étrangère au côté médical de la vaccination.

Le premier point concerne les bienfaits de la vaccination. De l'aveu même de M. Le Fort, dans l'épidémie de Sheffield, sur 4 personnes non vaccinées, 3 contracteront la variole et la moitié des personnes atteintes mourra. Inversement, sur 4 personnes vaccinées antérieurement, 1 seule contractera la variole et elle n'aura qu'une chance sur vingt de succomber.

Le deuxième point a rapport à l'innocuité, pour l'individu inoculé avec du vaccin de génisse, en prenant toutefois les précautions usitées à Lyon et en Allemagne, par exemple.

Les divergences d'opinion entre MM. Le Fort et Brouardel ne commencent que sur la question de la déclaration forcée des maladies contagieuses, sur l'isolement des malades et sur la désinfection. Ce sont trois mesures que la commission du Comité d'hygiène veut rendre obligatoires.

M. Le Fort reproche à M. Brouardel d'être favorable à l'emploi des deux dernières mesures et de les combattre dans le cas particulier de la variole.

M. Brouardel explique la raison de cette contradiction appparente.

Quand un malade atteint d'une maladie contagieuse se présente à la frontière de terre ou de mer, l'isoler, désinfecter ses bagages, est relativement facile. On a des lazarets ou des maisons d'isolement et des étuves à désinfection.

Lorsque l'affection transmissible naît dans une ville ou dans un village, deux conditions peuvent se présenter suivant la nature de la maladie. Ou bien (choléra, fièvre typhoïde) ces maladies sont transmissibles par les moyens ordinaires, alors il est facile de faire la désinfection; il suffit d'isoler le malade. Mais quand la maladie se propage par l'air (rougeole, scarlatine, variole), il n'en est plus du tout de même. L'isolement, pour être efficace, doit alors s'étendre à toute la maison et à tous ses habitants. Là se présentent des difficultés énormes, même dans les villes, mais surtout à la campagne, par le fait du manque de médecin et de l'insouciance du paysan en ces matières.

M. Brouardel partage l'avis de M. Le Fort, qui conseille la création de maisons et de petits hôpitaux d'isolement. Là évidemment serait un progrès, mais là encore l'isolement complet serait impossible par suite des communications forcées avec l'extérieur. C'est ce qui s'est présenté au Havre où on a isolé les varioleux et les diphthéritiques, et pourtant on y constate par an 6 décès par variole pour 10,000 habitants depuis l'organisation de cette mesure. De même à Bruxelles où la vaccination et la revaccination sont facultatives, il a suffi d'une épidémie peu intense pour empêcher la régularité de fonctionnement des services d'isolement, de désinfection et de revaccination. Le service était littéralement sur les dents par l'affluence des gens. Que serait-ce en cas d'épidémies graves et de guerre, par exemple!

Il faut en conclure que l'isolement et la désinfection ne peuvent réussir que si le nombre des malades est faible.

M. Le Fort croit à la propagation de la vaccine par la persuasion. Or, à Pontivy, par exemple, où l'on a essayé ce moyen, la variole a exercé de grands ravages. Il dit : « Organisez la vaccine, elle ne l'est pas. » C'est fort vrai, mais il faudrait avant tout une loi rendant les dépenses nécessaires obligatoires ; on ne peut forcer à une dépense pour un service non obligatoire.

Alors se pose la question : La vaccination et la revaccination obligatoires mettent-elles à l'abri des épidémies de variole?

L'exemple de Sheffield est absolument démonstratif à cet égard. Cette épidémie a démontré aussi qu'une première vaccination est insuffisante et qu'une seconde est absolument efficace.

Quant à l'Allemagne, M. Brouardel pense, contrairement à M. Le Fort, que l'obligation de la vaccination et de la revaccination a contribué beaucoup plus que l'isolement et la désinfection à la diminution énorme de la mortalité par variole dans ce pays. La loi y existait depuis 1807 et cependant n'est rigoureusement appliquée que depuis 1874. Tous les enfants vont à l'école et tous doivent y être revaccinés. C'est ce que M. Brouardel demanda pour la France au Conseil supérieur de l'instruction publique. La majorité du Conseil ne crut pas pouvoir imposer cette obligation en dehors d'une loi, bien qu'il eût été facile d'en vérifier les bienfaits dans l'armée où elle est appliquée.

L'argument principal de M. Le Fort se pose au sujet des rapports de la vaccination obligatoire et de la liberté individuelle : « Vous violez la liberté du père de famille et le sacrifice d'une liberté précieuse ne sera pas compensé par un avantage suffisant. » Or, M. Le Fort lui-même donne l'exemple de l'épidémie de Sheffield qui combat son opinion. Il en est de même de la preuve fournie par M. le docteur Brisey (de Belfort) qui avait sa clientèle à la fois sur les territoires français et allemand; une épidémie de variole qui survint sévit sur le côté France et respecta les localités voisines situées sur le territoire allemand, et soumises par suite à la vaccination et à la revaccination obligatoires. M. Brouardel en conclut que, si on sacrifie une part de liberté, c'est pour un avantage réel et tangible.

M. Le Fort repousse l'obligation pour la vaccine et il accepte la séquestration obligatoire. Il fait ce sacrifice de la liberté individuelle pour deux raisons :

La première, c'est qu'il admet que l'isolement et la désinfection suffisent, avec l'organisation du service vaccinal, pour protéger contre la variole. La seconde est évidemment qu'il admet qu'il ne blessera pas les convictions ni la foi des personnes à qui il impose cette privation temporaire, mais absolue de la liberté individuelle.

M. Brouardel a répondu à la première théorie. Il combat la seconde : Pourquoi M. Le Fort veut-il entraver la liberté des personnes qui ne croient pas à la contagion de la variole? Il est évident qu'un préjugé individuel doit s'incliner devant l'intérêt général. Or, en temps de paix, la variole fait par an 10,000 victimes. Respecter ce préjugé en temps de guerre serait un crime. Il n'y a pas forcément d'épidémie variolique en temps de guerre. Sous la Révolution et l'Empire, où l'on ne vaccinait pas, elle ne régna pas. Mais aussi elle était à l'état endémique dans le pays, la plupart de ceux qui l'avaient en bas âge mouraient, et les autres étaient par le fait variolisés et réfractaires. Aujourd'hui, les précautions prises donnent une immunité temporaire, mais, vienne la guerre, l'isolement et la désinfection deviendront d'autant plus impossibles que le nombre des malades augmentera chaque jour davantage.

M. Brouardel termine en disant que le devoir de l'Académie sera d'assurer aux pères de famille qui font à la Patrie le sacrifice de leurs enfants qu'elle a fait tout ce que la science conseille et que leurs fils ne prendront plus désormais à l'armée ni la variole, ni la fièvre typhoïde. C'est ainsi qu'elle concourt à la défense nationale.

M. Le Fort sans vouloir rentrer dans la discussion constate que :

1° A la suite des proportions établies dans l'épidémie de Sheffield, la vaccination obligatoire ne met pas à l'abri de la variole;

2° Il faudrait détruire en France le préjugé qui consiste à croire qu'en temps d'épidémie la vaccination est dangereuse.

M. Proust dit que la commission a, dans son rapport, essayé de détruire cette erreur.

— M. Picot (de Bordeaux) communique un traitement de la tuberculose qui consiste dans des injections sous-cutanées faites avec un liquide à base d'huile d'olive stérilisée et de vaseline, et tenant en dissolution du gaïacol et de l'iodoforme. Ce liquide contient 1 centigramme d'iodoforme et 5 de gaïacol par centimètre cube. Les injections sont faites dans le tissu cellulaire des fosses sus-épineuses. Elles ne sont pas douloureuses et ne produisent ni gonflement ni irritation du tissu cellulaire.

Le liquide est complètement absorbé et on le retrouve dans les urines sous forme d'iodure de potassium. Les injections ne produisent pas de troubles de digestion, ni d'hématurie, ni d'albuminurie.

Trois autopsies ont montré que ces injections produisaient le dessèchement des cavernes et des cavernules pulmonaires dans lesquelles on ne trouve plus de détritus caséeux ni de liquide.

Au point de vue thérapeutique elles relèvent l'appétit, font cesser la toux et même l'expectoration.

Quinze tuberculeux ont été traités avec de bons résultats. Ces injections sont encore plus efficaces dans la pleurésie.

M. Picot n'a pas l'intention d'apporter un médicament guérissant la tuberculose, mais il croit que cette méthode thérapeutique peut enrayer l'évolution des lésions tuberculeuses.

— M. Quénu présente à l'Académie un malade atteint d'une fistule pleurale datant d'un an, et d'une pleurésie purulente datant de dix-sept ans.

Il a pratiqué chez ce malade l'opération suivante :

Derrière le mamelon, il a dans une incision verticale excisé 2 centimètres des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. De même dans une autre incision verticale contre le bord axillaire de l'omoplate, il a excisé 2 centimètres aux côtes correspondantes. Il a réséqué en outre la côte bordant la fistule, de manière à faire par cette fenêtre le nettoyage de la cavité suppurante.

Il a ainsi obtenu un plastron thoracique mobile, dont il a pu au moment de l'intervention vérifier le retrait et l'application contre le poumon. La cicatrisation complète était obtenue au bout de quarante jours.

Ce procédé a l'avantage sur celui d'Estlander d'assurer une plus grande mobilisation du thorax, et, en faisant varier le siège des incisions verticales, on peut mobiliser la portion du thorax correspondant à la cavité suppurante.

— M. Ledouble (de Tours) fait une communication sur certains muscles exceptionnels.

— MM. Haller (de Nancy) et Merget sont nommés membres correspondants nationaux.

— Après la lecture des commissions de prix pour 1891, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les titres des candidats (correspondants étrangers), et en effectuer le classement.

De quelques nouvelles médications.

Traitement de l'épilepsie (*Annuaire de thérapeutique*, 1891).

Bien qu'on ait expérimenté divers remèdes contre l'épilepsie, c'est toujours au bromure de potassium qu'on aura recours dans la majorité des cas avec le plus de succès ; il est vrai que le bromure de potassium n'est pas toujours toléré et provoque facilement à hautes doses des manifestations cutanées.

Le docteur Carnet (*Therap. Monatshefte*) a expérimenté comparativement le bromure d'or, le bromure de camphre et la picrotoxine.

Le bromure d'or paraît avoir dans certains cas une action favorable très appréciable. A la dose journalière de 3 centigrammes, il ne provoque aucun phénomène désagréable ou fâcheux ; l'élimination se fait par la voie rénale, rapidement pour le brome, plus tardivement pour l'or qui est retenu pendant quelque temps, principalement dans le foie.

L'utilité du bromure de camphre est encore très discutée; il exerce cependant une influence favorable sur les vertiges qui sont si fréquents chez les épileptiques.

Quant à la picrotoxine, elle possède incontestablement la propriété de modérer les accès épileptiques; on l'emploie à la dose de 1 à 2 milligrammes; à une dose plus forte, elle peut provoquer des convulsions.

Les docteurs Russel et Taylor ont expérimenté à leur tour le biborate de soude, proposé contre l'épilepsie antérieurement déjà; ils l'ont administré à la dose de 12 grammes; mais comme ces doses amènent facilement des troubles gastro-intestinaux, ils conseillent de s'en tenir à la dose journalière de 6 grammes, à prendre en trois fois après les repas.

D'après eux, ce médicament diminue incontestablement le nombre des attaques, et il agit dans bien des cas où le bromure a échoué.

On y aura surtout recours lorsque l'emploi du bromure à doses suffisantes détermine une grande dépression.

Le borax a cependant quelques inconvénients; le plus fréquent, c'est l'apparition sur les lèvres de petites vésicules qui se transforment en gerçures; quelquefois, il survient sur les extrémités des membres ou sur le tronc des éruptions eczémateuses ou psoriasiformes.

Les troubles digestifs sont plus rares; mais les malades maigrissent lorsque le traitement est continué pendant un certain temps. — P. N.

FORMULAIRE

Traitement du décubitus gangréneux. — Billroth.

Aussitôt l'apparition de l'érythème, badigeonner la région avec du vinaigre ou du suc frais de citron. — Toucher les excoriations avec une solution de nitrate d'argent, ou bien les panser avec de l'onguent de céruse ou de l'emplâtre de savon, étalés sur de la toile, ou sur du cuir mou. — Quant à la surface gangrénée, elle sera couverte de compresses trempées dans de l'eau chlorurée ou dans une solution désinfectante. Ne recourir à l'huile phéniquée qu'avec prudence, de crainte de produire des phénomènes d'intoxication. — A l'intérieur, prescrire un régime fortifiant, du vin, des boissons acides, des potions additionnées de quinine et de musc. — N. G.

COURRIER

Missions scientifiques. — M. le docteur Edouard Chantre est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation et le fonctionnement des policliniques. — M. Flamand, préparateur de minéralogie à l'Ecole supérieure des sciences d'Algérie, est chargé d'une mission géologique et minéralogique dans le sud et l'extrême sud de l'Algérie.

Les médecins de campagne et la façon dont on les traite. — Le *Wiener Tagblatt* rapporte un fait qui est le digne pendant des attentats commis contre des médecins en Italie à l'occasion du choléra. A Komaran, village voisin de Cross-Hanissa, deux médecins ont failli être écharpés par une bande de paysans surexcités qui les prenaient pour des empoisonneurs. L'un deux avait ordonné à un enfant malade de l'antipyrine et du calomel.

Dans la nuit, toute la famille, composée de cinq personnes, succomba à l'intoxication oxycarbonique. Les paysans, ignorants et sauvages, ne manquèrent pas d'attribuer cet accident aux médicaments ordonnés la veille à l'une des victimes. Sans la présence d'esprit de l'un des médecins qui, sous les yeux de la foule, s'empressa d'avaler ce qui restait de la potion, les deux praticiens eussent subi un fort mauvais parti et eussent peut-être été massacrés. Inutile de dire que l'autopsie médico-légale montra que les cinq victimes avaient été empoisonnées par le gaz oxycarbonique. (*Progrès méd.*)

Le remède de Koch. — Les *Nouvelles Politiques* annoncent de Berlin que le ministre de

de l'instruction publique et des cultes vient d'envoyer aux présidents supérieurs des provinces une ordonnance réglant la vente, pour les pharmacies, du remède du docteur Koch, remède qui prend désormais le nom officiel de *Tuberculinum Kochii*. D'après cette ordonnance, les pharmaciens devront renvoyer au docteur Libbertz, à Berlin, les flacons qui ne seraient pas vendus dans l'espace de six mois. Le docteur Libbertz les échangera sans frais contre de nouveaux flacons. Un centimètre cube de la lymphe coûte 6 marcs; 5 centimètres cubes, 25 marcs.

Université de Genève. — *Prix*. — Le 21 janvier 1891 a eu lieu, dans l'Aula de l'Université, la délivrance des prix universitaires. Un prix de 300 francs offert par MM. les professeurs de la Faculté de médecine a été partagé entre deux auteurs de thèses qui ont été jugées d'une égale valeur, ce sont :

1° M. Droz (Locle) : « Contribution à l'étude des névrites toxiques. De la névrite brightique »;

2° M. Rousseff (Bulgarie) : « Des rapports qui existent entre la tuberculose intestinale et les altérations stomacales dans la tuberculose pulmonaire ».

Un prix de 1,000 francs, offert pour la troisième fois par la Société auxiliaire, a été partagé entre deux auteurs de mémoires offrant, dans des branches différentes des sciences médicales, un égal mérite, ce sont :

1° M. Archawski : « Le siphon avec la pleurotomie dans le traitement du pyothorax; »

2° M. Dupraz : « Contribution à l'étude anatomo-pathologique du carcinome de l'estomac; »

Deux autres mémoires ayant aussi, d'après le rapport du jury, une réelle valeur, ont concouru pour le même prix, le premier ayant pour titre : « De la tuberculose pulmonaire »; le second : « Etude clinique sur la grippe pandémique ». (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 mars 1891, à quatre heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. M. Descoust : Rapport de la commission chargée d'étudier la question de l'installation d'un Institut de médecine légale. — 3. M. Guillot : Etude de psychologie judiciaire. — 4. M. Gilbert Ballet : Rapport médico-légal sur une aliénée homicide. — 5. Communications diverses.

— Vient de paraître, à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois : *Formulaire de médecine pratique*, par le docteur E. Monin (préface du professeur Peter). Cet ouvrage, qui renferme plusieurs milliers des meilleures formules, rendra à tous nos confrères les plus utiles services dans leur clientèle journalière. L'hygiène des maladies, la médecine des symptômes, la thérapeutique conçue d'après les indications cliniques : voilà ce qu'y trouveront tous les médecins soucieux d'approfondir *l'ars curandi*, dénommé à bon droit « la partie la plus utile de l'art le plus utile que l'homme ait inventé ». Le Formulaire du docteur Monin est appelé au succès durable, parce qu'il est méthodiquement mis en pages et rédigé avec un sens critique assez rare dans ces sortes de publications.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Necker. — M. le Professeur PETER.

Pneumonies et pneumoniques. — Les laryngites typhiques.

Messieurs,

Je vous l'ai déjà dit à plusieurs reprises, et je me propose de vous le démontrer aujourd'hui une fois de plus : il y a des malades et non pas seulement des maladies ; chaque individu atteint individualise l'affection qui l'a frappé.

Nous venons d'avoir dans nos salles deux hommes atteints de pneumonie. L'un est sorti guéri après huit jours de maladie ; il a été atteint de la pneumonie la plus franche. L'autre, au contraire, se trouve dans des conditions très différentes. C'est un jeune homme âgé de 19 ans, couché au n° 14 de notre salle des hommes et dont l'odyssée est vraiment lamentable. Habitant la Seine-Inférieure, il vint à Paris pour chercher du travail et, pendant huit jours, battit le pavé de la grande ville sans arriver à rien trouver. Il épuisa ainsi ses maigres ressources et resta finalement deux jours sans manger. Ainsi fatigué par la déambulation et l'inanition, il fut reçu dans un asile de nuit, où on ne put lui fournir qu'une nourriture insuffisante. C'est dans ces conditions qu'il fut atteint d'une pneumonie qui se manifesta par un point de côté à gauche et un grand frisson. Il n'entra à l'hôpital que le cinquième jour seulement de sa maladie, cette dernière étant, par conséquent, près de sa terminaison cyclique, qui survient, comme vous le savez, le sixième, septième ou huitième jour.

Le jour de son arrivée dans nos salles, la température était de 40°6 et le pouls battait 110 fois par minute. Le lendemain, 15 février, la température fut de 38°4 le matin et de 40°9 le soir ; la pneumonie, accompagnée d'un peu de pleurésie, se manifestait, du reste, par ses signes ordinaires. Les jours suivants, la température monta encore et atteignit 40°2, 40°4, en même temps qu'il survenait des vomissements. Puis, comme si la nature avait fait un effort vers la guérison, le thermomètre, le huitième jour, s'abaissa à 38°2. Malheureusement, il remonta le lendemain et, de nouveau, atteignit et dépassa 40°. Ce ne fut que le douzième jour que la température revint brusquement à 37° pour rester ensuite aux environs de ce chiffre. En même temps que la pneumonie évoluait un état gastrique remarquable ; l'estomac était douloureux, le ventre un peu ballonné, et il y avait des vomissements ; ces phénomènes pouvaient même permettre de penser à une gastrite. Cette participation de l'estomac à la maladie tenait certainement à la mauvaise alimentation du malade. De plus, le foie jouait, lui

aussi, un rôle dans le complexus morbide, car la matité hépatique avait 13 centimètres 1/2 de hauteur sur la ligne mamelonnaire, cette matité n'étant que de 11 centimètres à 11 centimètres 1/2 chez un homme de la taille et de l'âge de notre malade.

La glace ne suffit pas à arrêter les vomissements qui tenaient à de l'hyperémie, sinon à de la phlegmasie stomacale, et je dus appliquer un vésicatoire au creux épigastrique; le symptôme céda immédiatement.

Depuis la cessation des vomissements, notre malade est resté dans un état qui rappelle celui dans lequel se trouvent les dothiénentériques. Il a eu de la bronchite avec des râles sibilants et ronflants prédominant aux bases, de l'anorexie avec rougeur et viscosité de la langue. C'est seulement aujourd'hui que la langue a repris un aspect à peu près normal et que l'appétit semble vouloir reparaître.

En somme, nous avons eu affaire à la pneumonie d'un adynamique. La lésion locale s'accompagnait d'un état gastrique et d'un état général grave. Contre la première, nous avons employé des ventouses scarifiées et un vésicatoire; contre le second, un vésicatoire, et enfin l'alcool et le quinquina ont été donnés pour combattre la dépression des forces. Dans les cas de ce genre, la pneumonie est encore causée par le pneumocoque, mais le terrain sur lequel il évolue a alors la plus extrême importance.

II

Je veux maintenant vous parler d'un malade atteint de fièvre typhoïde, et traité par les bains froids, qui vient de mourir dans le service d'une perforation intestinale. Il s'agissait d'un homme assez robuste, qui n'avait pas eu de maladie antérieure et semblait être assez fort pour supporter sa dothiénenthérie. A la fin de janvier, il avait perdu l'appétit et les forces, puis, à la suite d'un purgatif, la diarrhée s'était établie. Il se présenta à la consultation le 14 février, titubant, se plaignant de vertiges, de mal de tête, et fut immédiatement reçu; le soir, sa température était de 38°5 et le pouls à 92. J'avais été frappé de voir que, malgré une fièvre relativement modérée, le patient présentait des soubresauts des tendons, phénomène qui est toujours d'un fâcheux augure. Le ventre était peu ballonné, mais il y avait huit à onze selles par jour; la prostration était assez grande et longue, et les lèvres tremblaient continuellement. La température monta rapidement à 40° sans qu'il apparût de délire. Je prescrivis d'abord trois lotions vinaigrées par jour; puis, le 19 février, je fis donner un premier bain à 22°; avant le bain, la température était de 40°2; le soir du bain, elle n'était plus que de 38°4. Mais, le lendemain, le thermomètre remontait de nouveau à 40°2, et, bien que l'on continuât les bains froids, la température monta bientôt à 40°6 pour rester aux environs de ce chiffre. Le 21 février, on donnait le douzième bain, et cependant la température du soir était de 40°6. Ceci, soit dit en passant, vous prouve que c'est une erreur absolue, grossière, de croire que les bains froids agissent d'une façon suivie sur la température. L'état du malade était donc assez grave lorsqu'il mourut presque subitement pendant la nuit.

A l'autopsie, nous constatâmes une fois de plus qu'il n'y a pas de maladie plus généralisée que la dothiénenthérie; la variole et la rougeole sont des maladies générales, mais non généralisées et, en disant cela, je ne joue pas sur les mots. La fièvre typhoïde est généralisée parce qu'elle atteint l'appa-

reil digestif, l'appareil circulatoire, le foie, la rate, les reins, etc. Chez notre malade, elle avait atteint encore le larynx en donnant une laryngite spéciale; les urines, très albumineuses, indiquent chez lui la néphrite dothiénentérique. Si, par hypothèse, il avait guéri, il aurait pu succomber aux suites de sa maladie, laryngo-typhus ou néphrite. Sur l'intestin, vous pouvez constater à la fois des ulcérations des plaques de Payer et de la psorentérie. Les plaques ne sont atteintes que dans une étendue assez peu considérable, mais elles sont détruites profondément, et l'une d'elle est perforée. Il se produit, dans ces cas, quelque chose de comparable à ce qui arrive pour la plèvre quand une pleurésie adhésive ne la protège pas contre les tubercules pulmonaires qui entraînent alors la perforation de la séreuse. Vous voyez encore qu'il y avait une adénite considérable des ganglions mésentériques.

L'hyperhémie laryngée est la règle dans la dothiénentérie; elle siège surtout sur les replis aryténo-épiglottiques et près des aryténoïdes. Ces ulcérations, qui se développent souvent, avaient été signalées par Louis dès 1828. Il disait que, quand on trouve dans une autopsie des lésions graves, ulcéreuses, du larynx, en dehors de la tuberculose, on doit chercher la dothiénentérie. Cliniquement, notre malade avait de la douleur à la déglutition, de l'aphonie et vous constatez qu'il y a des érosions de la muqueuse. Dans la laryngite typhique intense, la localisation du bacille d'Eberth se fait dans les glandules des aryténoïdes ou de la base de l'épiglotte, et est analogue à celle du bacille de Koch. L'inflammation détermine trop souvent une laryngite œdémateuse par infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Puis elle peut devenir purulente, ulcéreuse, ulcéronécrosante.

Il y a deux formes de laryngite typhique : la forme rapide et la forme tardive.

La première évolue dans le cours de la dothiénentérie, le quinzième, seizième, vingtième jour, au moment où la maladie devrait se terminer. La complication s'accuse par de la douleur du larynx, de la difficulté de la déglutition par gêne des mouvements épiglottiques, de la dyspnée croissante caractérisée par un obstacle à l'inspiration, l'expiration étant beaucoup plus facile. C'est là le type de la dyspnée due à l'œdème glottique. Cette dyspnée augmente peu à peu, et, si l'on n'intervient pas par la trachéotomie, elle peut entraîner la mort par suffocation.

A l'autopsie, on trouve une infiltration séro-fibrineuse et séro-purulente et un commencement d'altération des cartilages aryténoïdes et cricoïde et de l'épiglotte. Le processus a été aigu et le malade en meurt.

La forme tardive évolue communément pendant la convalescence, lorsque le malade est guéri, au moins deux mois après la fin de la fièvre typhoïde. La voix reste troublée, dysphone, puis les symptômes de l'œdème de la glotte apparaissent. La situation est alors tellement grave que, dans une statistique de Sextier, sur 10 malades trachéotomisés, il y a eu 10 morts; une statistique allemande donne 7 guérisons sur 19 malades trachéotomisés. Du reste, la situation, après la guérison, est très pénible, car la canule doit rester à demeure, les cicatrices qui se font dans le larynx obstruant le calibre du conduit.

En fait, dans le génie morbide de la dothiénentérie, il y a une tendance aux ulcérations, quise produisent aussi dans le larynx. Une fois les ulcérations produites, le tissu sous-muqueux s'infiltre, puis le périchondre se

prend à son tour. Enfin survient la chondrite, l'ossification prématurée des cartilages et la nécrose de l'épiglotte, des aryténoïdes et du cricoïde. Un morceau de cartilage peut se détacher, tomber dans les voies aériennes et entraîner un accès de suffocation; d'autres fois, le cricoïde tout entier est rejeté sous forme de séquestre. Il faut tâcher d'éviter ces désordres excessifs en appliquant des vésicatoires au devant du cou, et c'est une pratique qui vous donnera souvent de bons résultats.

REVUE DES CLINIQUES

De la miopragie cérébrale, par M. le docteur G. Ballet (1). — Le mot miopragie vient de deux mots grecs : μειον, moins, et πραττειν, faire. On l'emploie pour désigner l'état d'un organe dont l'activité physiologique est au-dessous du taux normal. Dans des conditions d'activité moyenne, l'organe atteint de miopragie répond suffisamment aux exigences, d'ailleurs modérées, de la fonction qu'il est appelé à remplir. Mais si, pour telle ou telle autre cause, un surcroît de travail devient nécessaire, alors l'impuissance relative de cet organe s'affirme; il cesse d'être à la hauteur de sa tâche, et il plie sous l'effort qu'il eût accompli sans accroc, s'il eût joui d'aptitudes physiologiques normales. Il y a une miopragie artérielle, une miopragie cardiaque, une miopragie rénale. M. Potain a particulièrement insisté sur ces dernières. La claudication intermittente représente le type du genre. Vous savez en quoi ce phénomène consiste : chez certains animaux, l'artère nourricière de l'un des membres est rétrécie; la quantité de sang qu'elle apporte aux muscles se trouve dès lors inférieure à la quantité physiologique. La marche n'en est pas moins possible lorsqu'elle est modérée et ne va pas jusqu'à la fatigue. Au contraire, si on la précipite, les muscles dont les besoins sont accrus se trouvent tout à coup insuffisamment alimentés, ils fonctionnent d'une façon défectueuse, il y a boiterie.

Je me propose de vous montrer qu'il en est du cerveau comme des muscles. Il y a une miopragie cérébrale, comme il y a une miopragie artérielle ou cardiaque. Si je transporte dans le domaine de la pathologie mentale une expression qui a jusqu'à ce jour trouvé sa place dans la pathologie du cœur ou du rein, ce n'est pas pour la futile et commode satisfaction d'introduire un néologisme dans la nomenclature des troubles du cerveau; c'est pour montrer la part qu'il convient d'attribuer, dans la genèse des désordres psychiques, à certaines causes occasionnelles auxquelles on a souvent tenté de faire jouer un rôle qui n'est pas conforme à la réalité des choses.

Il arrive fréquemment, en effet, qu'on rattache telle ou telle affection psychique à la fatigue intellectuelle, au surmenage cérébral, aux émotions morales de divers ordres. Cette étiologie n'est pas de pure fantaisie. Il y a lieu de lui faire sa place, je compte vous le prouver. Mais ce serait exagérer singulièrement l'importance de ces diverses causes que de les supposer capables de créer de toutes pièces l'aliénation mentale. Quand elles la provoquent, c'est qu'elles agissent sur un terrain préparé. A tout prendre, leur rôle n'est pas autre que celui de la fatigue dans la claudication intermittente. Si elles amènent la « boiterie » du cerveau (passez-moi ce mot), c'est que l'organe était disposé à « boiter », c'est qu'il était en état de miopragie, tout comme l'artère qui irrigue insuffisamment des muscles soumis à un fonctionnement insolite.

Les malades que je vais faire passer sous vos yeux vous démontreront, je l'espère, l'exactitude de mon assertion

Voici un jeune homme âgé actuellement de 36 ans. Il nous raconte que, depuis six ans environ, il est affecté d'obsession. Ces obsessions sont de la nature de celles qui ont été décrites par MM. Charcot et Magnan sous le nom d'*onomatomanie*. A chaque instant se présentent à l'esprit du malade des mots anglais qui s'attachent fortement à sa pensée

(1) *Semaine médicale*.

et qu'il va répétant mentalement sans pouvoir s'en défaire. Cette variété d'onomatomanie diffère un peu de celle que MM. Charcot et Magnan ont étudiée en détail; elle est identique, au contraire, à celle dont j'ai rapporté naguère un cas, dans un court mémoire, à propos d'un dégéréré que quelques-uns d'entre vous ont eu l'occasion de voir. Il s'agit, ici, non de l'obsession provoquée par la recherche angoissante d'un mot qui s'échappe, mais de celle que détermine le mot s'imposant au contraire à l'esprit.

Si nous questionnons le malade, d'ailleurs fort intelligent, sur les causes qu'il attribue au trouble dont il souffre, il se hâte de nous dire qu'il n'est pas un « dégénéré ». Il paraît avoir lu différents travaux de médecine mentale relatifs à l'affection dont il est atteint; il sait, comme vous le savez aussi, qu'on considère généralement l'onomatomanie comme un stigmate psychique de dégénérescence. Cette interprétation ne lui va pas; il nous en donne une autre. Il nous raconte que l'obsession dont il se plaint est survenue à la suite de fatigues intellectuelles. Il y a cinq ou six ans, il s'était pris de passion pour l'étude de la langue anglaise, et l'avait apprise assez vite, au prix, nous dit-il, d'un certain surmenage cérébral. Vers la même époque, il avait dû subir différents examens, et il assure s'être livré à de réels excès de travail, associés, d'ailleurs, à quelques excès alcooliques. Rien ne nous autorise à mettre en doute la sincérité et l'exactitude des affirmations de ce jeune homme. Et nous sommes tout disposé à penser que le surmenage n'a pas été étranger aux troubles cérébraux que nous constatons.

Mais le malade s'illusionne évidemment lorsqu'il attribue ces troubles à la seule fatigue intellectuelle. Le nombre est grand de ceux qui se livrent à des effort cérébraux soutenus sans en ressentir le moindre inconvénient. Ce fait prouve déjà à lui seul qu'il ne suffit pas d'une tension d'esprit prolongée pour verser dans l'obsession, pas plus qu'il ne suffit à l'animal d'une marche excessive pour aboutir à la claudication intermittente. Il faut une aptitude particulière à la fatigue et aux troubles mentaux, bref, un état de miopragie du cerveau que nous retrouvons chez notre malade, bien qu'il s'en défende. Il nie, en effet, toute tare héréditaire; mais lorsqu'on le questionne adroitement, on apprend que son père était un original, méticuleux à l'excès, « embêtant », comme il dit, dans les choses de la vie courante. Sa mère n'était point nerveuse, paraît-il, mais, elle était atteinte d'eczéma chronique. C'était, nous dit-on, une herpétique, ou, si vous préférez, une arthritique. Or, vous savez les étroites relations qui unissent les diathèses arthritique et nerveuse.

Enfin, un de ses frères, sans être positivement malade, est, paraît-il, nerveux à l'excès. Voilà plus qu'il n'en faut, je pense, pour que nous soyons en droit d'admettre que ce jeune homme, quoi qu'il en dise, n'est pas exempt de tare héréditaire.

Il n'est pas impossible qu'il fût resté indemne de tout désordre s'il eût vécu d'une vie calme et quasi-oisive. La prédisposition n'est peut-être pas suffisamment accusée chez lui pour avoir provoqué l'éclosion de troubles mentaux en dehors du concours de circonstances occasionnelles. Mais son rôle, tout limité que vous le supposez, ne nous paraît pas moins positif. C'est elle qui a mis le cerveau en état de moindre résistance, et qui, en créant la miopragie cérébrale, à rendu nocifs des efforts intellectuels qui, dans d'autres circonstances, fussent restés sans effets mauvais.

Il ne faut pas croire que les faits analogues au précédent soient très communs. A tout prendre, le surmènement *intellectuel* ne semble pas être une cause fréquente d'aliénation mentale. Il y a à cela plusieurs bonnes raisons : l'une des principales, c'est que le surmenage amène la fatigue, que la fatigue est pénible et que l'individu qui la ressent, à moins de contrainte, sait en général s'y soustraire à temps.

Mais il n'en est pas de même du surmenage *moral*. Le chagrin, les émotions pénibles sont une cause occasionnelle commune de troubles mentaux. Chez les gens dont le cerveau est bien constitué, les troubles de la sensibilité affective n'ont point, d'ordinaire, assez de prise pour déranger l'équilibre cérébral. Chez les miopragiques, il en est tout autrement, vous l'allez voir.

La jeune fille que voici est âgée de 21 ans. Elle est employée dans la maison de son père, qui tient un petit commerce. Elle est d'ordinaire active et sert avec empressement les clients qui fréquentent le magasin. Il y a huit jours à peine, on a remarqué chez elle une sorte de paresse, d'indifférence à ce qui se passait autour d'elle. Puis elle a cessé de

remplir correctement ses petites fonctions habituelles. Hier, enfin, elle a refusé de parler. Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine cette malade, c'est qu'il existe chez elle un degré assez accusé d'obtusion intellectuelle. Il semble qu'un voile ait été jeté sur sa mémoire. Lorsque je lui demande son âge, elle me répond : « Je ne sais pas. » Nous avons peine à la faire causer. De loin en loin, elle articule quelques monosyllabes, « oui, non », et voilà tout. Vous la voyez se livrer ici à des actes enfantins : elle prend cette lettre que je viens de cacheter et cherche à l'ouvrir. Elle s'assied sur ce fauteuil et fait mine de dormir. Si je la pousse à lire le journal, elle me dit : « Je ne sais pas. » Je lui mets une plume entre les doigts, et elle écrit machinalement la phrase suivante : « J'aime Gaston ! » Vous comprendrez tout à l'heure quelle peut être dans l'esprit de la malade la portée de ces mots. Elle rit niaisement, tandis qu'à d'autres instants, son visage revêt l'aspect de la tristesse. Mais nous avons beau la questionner, la retourner en tous sens, nous ne trouvons chez elle aucune idée fixe. Bien que l'expression de sa physionomie soit par instants celle des mélancoliques, elle n'accuse aucune des conceptions délirantes qu'on rencontre d'ordinaire chez les malades de cet ordre : ni idée de ruine, ni idée de damnation, ni idée hypochondriaque. A tout prendre, elle ressemble plutôt à certains enfants arriérés dont le développement cérébral a été incomplet. Bref, c'est moins une délirante qu'une obtuse.

Mais remarquez que l'obtusion cérébrale n'est pas, chez cette jeune fille, affaire ancienne comme chez les idiots ou les arriérés. C'est un trouble de fraîche date, puisqu'il remonte à huit jours au plus. A cette époque, le cerveau de la malade a, pour ainsi dire, été figé : la mémoire s'est voilée, la faculté d'attention a disparu. Et cette jeune personne, qui, jusque-là, jouissait d'une intelligence moyenne, vient (pour un temps seulement, je pense) de descendre au rang d'une débile.

Or, l'événement ne s'est pas produit sans motif. Il y a quelques semaines, la malade avait jeté ses vues sur un jeune homme, ce Gaston, dont elle écrit volontiers le nom, et elle paraissait fort désireuse de l'épouser. Ses intentions ont été contrariées par son père. Et, bien qu'elle ait tout d'abord dissimulé le chagrin qu'elle a ressenti de la détermination paternelle, ce chagrin paraît n'en avoir été que plus vif. C'est sous son influence que s'est développé l'état mental actuel.

Mais ne vous y trompez pas, quelque important qu'ait été ce facteur étiologique, il n'a pas agi seul. Le terrain sur lequel devaient germer les troubles mentaux était préparé de longue date. En effet, cette jeune fille est une héréditaire au premier chef : un de ses oncles maternels a fait un séjour prolongé dans une maison de santé; plusieurs des autres frères de sa mère sont atteints de débilité mentale. Il ne nous paraît pas douteux que le cerveau de la malade se soit ressenti de la tare familiale. Tant qu'aucune circonstance fâcheuse n'est venue perturber son équilibre fonctionnel instable, il a tant bien que mal accompli sa fonction ; mais le jour où le chagrin et les émotions morales pénibles l'ont incité, la miopragie s'est révélée et le désordre psychique a été constitué.

Je vais vous présenter une autre malade qui ressemble beaucoup à la précédente. Celle-ci a 23 ans. Elle a toujours été un peu bizarre; dans son entourage, on la tenait pour une originale. Il y a cinq semaines, sans gros motif apparent, elle a été prise d'une sorte d'accès d'excitation maniaque : elle a perdu le sommeil, s'est mise à crier, à articuler des phrases incohérentes. Cet état d'excitation a persisté pendant une huitaine de jours. Puis les choses ont changé de face; la malade est devenue plutôt triste, mélancolique. C'est dans cette situation que vous la voyez aujourd'hui. Elle a de loin en loin des hallucinations auditives et visuelles dont quelques-unes semblent avoir un caractère terrifiant. Telle qu'elle est à cette heure, elle ressemble beaucoup à la jeune fille que je vous ai présentée avant elle; l'œil est sans grande expression; aux questions que nous lui adressons, elle répond par monosyllabes ou par mots incohérents. Vous la voyez aller et venir, saisir les objets à sa portée, les jeter à terre ou chercher à les déchirer ou à les briser. Aucune idée délirante suivie, aucune conception mélancolique nette. Malgré qu'elle ait l'apparence d'une lypémaniaque, elle se laisse aller, par instants, à des accès d'agitation, comme si elle était reprise, par intervalles, d'excitation maniaque.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous présenter quelques observations au sujet

de l'état mental de cette jeune fille. Il y a quelques semaines, vous ai-je dit, au début de son affection, on pouvait penser qu'on avait affaire à de la manie. Actuellement, malgré quelques instants d'agitation, l'aspect clinique est plutôt celui de la mélancolie. Est-ce à dire que l'état mental de la malade se soit profondément modifié et que nous nous trouvions en présence d'une de ces formes à évolution cyclique, telles qu'on les rencontre, par exemple, dans la folie circulaire? En aucune façon. En dépit des apparences, l'état mental est aujourd'hui ce qu'il était hier. Ce serait une faute de la juger d'après les seules manifestations extérieures. Chez les aliénés, sans doute, les expressions extérieures du délire ont une grande importance, mais elles ne sont pas tout. Au-dessous des phénomènes grossièrement apparents, qui quelquefois dissimulent plus qu'ils n'accusent l'état mental fondamental, il faut chercher la caractéristique du trouble psychique primordial. Or, ici, comme chez la précédente malade, nous n'avons affaire ni à de la manie, ni à la mélancolie, mais à de l'obtusion cérébrale. Du jour où cette jeune fille est devenue malade, ses facultés intellectuelles se sont trouvées amoindries ou plutôt engourdies; la faculté d'attention a disparu, la mémoire s'est recouverte d'un voile.

C'est là, à un degré moyen, l'un des états que les aliénistes, il y a quelques années, désignaient du nom de *stupidité!*

Mais il s'agit maintenant, pour revenir au sujet qui nous occupe, de rechercher les raisons et les conditions qui ont provoqué le développement des troubles que vous constatez.

Nous allons retrouver ici une cause occasionnelle analogue à celle que nous avons vu intervenir chez la malade précédente, c'est-à-dire les hésitations, les préoccupations, les soucis provoqués par un projet de mariage. Il y a quelques mois, en effet, il a été question pour cette jeune fille de s'établir; dès ce moment, deux sentiments contraires se sont combattus dans son esprit, d'une part le désir d'accepter un parti qui lui agréait à certains égards; d'autre part, la préoccupation de quitter ses parents qu'elle supposait avoir besoin de ses services; de là, des tergiversations, des ennuis, des soucis de jour et de nuit.

Pareils soucis sont le lot fréquent des jeunes filles à l'époque, critique pour elles, du mariage. Ils amènent souvent de l'insomnie, des larmes, des hésitations de diverse nature. Mais il est rare, fort heureusement, qu'ils occasionnent la folie. Pour déterminer ce résultat fâcheux, il faut autre chose que les soucis ou le chagrin. Le surmenage moral y aide, mais n'y suffit pas. Il est besoin d'une certaine préparation du cerveau. Il faut que l'organe soit en état de miopragie.

C'est bien le cas pour cette jeune personne comme pour la précédente. Avant l'éclosion du trouble mental actuel, cette malade, je vous l'ai dit, n'était point une normale. C'était une originale, une bizarre. Et, bien que la raison de cette défectuosité de caractère n'apparaisse pas aussi évidemment ici que chez les autres malades qui sont passés sous vos yeux, nous apprenons cependant qu'une tante de la jeune fille aurait été internée naguère dans un asile d'aliénés.

Ainsi voilà trois malades, chez qui la tare héréditaire a créé une prédisposition spéciale aux désordres mentaux; en dépit de cette tare, qui n'enlevait pas à leur cerveau l'aptitude à un fonctionnement régulier dans des conditions d'activité moyenne et de fatigue modérée, ces malades eussent pu traverser la vie sans accroc, si les circonstances ne les avait exposés au surmenage, soit intellectuel, soit moral, mais le jour où ce surmenage a eu lieu, les facultés psychiques ont plié sous le faix, le trouble mental a été constitué.

Un dernier exemple vous permettra mieux encore que les précédents d'apprécier à sa valeur le rôle des causes occasionnelles chez les miopragiques.

Il s'agit cette fois d'un cas typique de mélancolie avec conscience. La malade, qui est âgée de 38 ans, a, comme vous le voyez, l'aspect sombre et triste. Elle hésite à parler, mais répond cependant correctement aux questions que nous lui adressons avec quelque insistance. Ecoutez ce qu'elle nous dit : elle est en proie à une profonde tristesse; elle n'a de goût ni pour la distraction, ni pour le travail. Elle ne songe qu'à des choses lugubres, aux enterrements, à la mort. Elle se sent incapable de tout effort et se croit à charge à ceux qui l'entourent. Elle a la conviction que cet état d'impuissance physique et morale

dans lequel elle se trouve est définitif et ne guérira jamais. Il s'agit là, fort heureusement, d'une illusion morbide, car tout porte à penser que les troubles, dont souffre actuellement la malade, seront transitoires et guériront. Cette femme, en effet, n'est pas à sa première crise de mélancolie. Celle dont vous êtes témoins est la cinquième qu'elle ait eue.

A l'âge de 13 ans, elle fut frappée une première fois à la suite de contrariétés; à 17 ans survint un deuxième accès à l'occasion d'un traumatisme (une brûlure à la joue); à 28 ans nouvelle crise provoquée par le chagrin qu'occasionna à cette jeune femme la mort de sa mère; à 30 ans, elle manque un mariage, éprouve de ce chef un vif désappointement, d'où rechute; enfin, l'accès actuel est survenu il y a quelques semaines à la suite d'une violente émotion qu'éprouva la malade devant le cercueil de sa mère qu'on venait d'exhumer.

Ce cas vous montre mieux encore que les précédents, ce qu'est la miopragie cérébrale. Voilà une femme chez laquelle, dans les conditions ordinaires de la vie, le cerveau fonctionne normalement : on ne note chez elle aucune tare trop évidente, aucun symptôme bien manifeste de déséquilibration mentale. Mais chaque fois qu'une circonstance quelconque vient ébranler trop vivement ce cerveau peu résistant, l'organe cesse d'être à la hauteur de sa tâche; il faiblit et l'état mélancolique est constitué.

Vous entrevoyez les applications pratiques qui découlent des considérations dans lesquelles je viens d'entrer. Si le surmenage (intellectuel ou moral, moral surtout) ne suffit pas à lui seul à provoquer l'aliénation mentale, il suffit du moins à en déterminer l'éclosion chez les individus dont le cerveau est doué d'une moindre résistance. De là, vous le comprenez, l'impérieuse nécessité d'une bonne hygiène cérébrale chez ceux dont les facultés sont prêtes à s'ébranler au moindre choc. De même que le cœur ou le rein même lésés peuvent suffire à la tâche lorsqu'on n'exige d'eux qu'un travail modéré, de même le cerveau miopragique est apte à un fonctionnement régulier, si on ne lui demande pas des efforts trop grands. Mais la fatigue et les émotions ont sur cet organe une prise qui leur fait habituellement défaut. Quand l'état de miopragie est constitué, le surmenage intellectuel et moral devient une réalité.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Les lésions du pancréas et le diabète, par le docteur MATONI. (In *La Reforma medica*, nos 20 et 21.) — Cowley, en 1788, publia le premier cas de calculs du pancréas trouvés sur un sujet mort du diabète. Depuis, nombre d'observations ont été recueillies sur les altérations de cette glande concomitantes avec la présence du sucre dans l'urine. Dans toutes ces observations, l'atrophie du pancréas est la lésion qui domine. Bright, Frerichs, Lancereaux et autres, ont donné des notes sur des cas de cancer de cet organe accompagnant le diabète. La physiologie a secondé beaucoup la clinique en entreprenant une série d'expériences ayant toutes pour but de rechercher si l'extirpation du pancréas montrerait la relation qui existe entre cette glande et la glycosurie. Notre grand Claude Bernard a, le premier, marché dans cette voie qui, cependant, n'a pas donné entre ses mains tous les résultats attendus.

L'extirpation complète du plexus cœliaque qui, comme l'on sait, a tant de rapports avec le pancréas, a permis à Klebs et Munk d'obtenir la glycosurie et l'atrophie du pancréas. Les travaux de Lancereaux et Lapierre sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas ont créé ainsi une forme nouvelle de la maladie sucrée ou diabète pancréatique bien nettement engendrée par les altérations de cet organe. C'était une éclaircie dans cette question obscure. Cantani et Ferraro ont nettement établi à leur tour que l'atrophie pancréatique était une cause de diabète. Enfin, en 1889, les beaux travaux de Mering et Minkowsky sur l'extirpation du pancréas ont prouvé magistralement la relation vraie qui existe entre cette glande et la production du sucre, les animaux devenant diabétiques aussitôt qu'ils étaient privés de leur pancréas. Martinotti avait déjà réussi en 1888 à enlever cette glande, mais ne s'était pas occupé

de la relation qu'elle pouvait avoir avec la glycosurie, ne constatant chez ses sujets qu'une extrême voracité. De Dominicis a également créé le diabète expérimental par la même opération.

Lépine, Rémond, Henod, Hugonnenq, Hedon, Artaud et Butte, J. Renaud, Lemoine et Lannois, Giorgi, etc., ont tous démontré avec les classiques la théorie pancréatique comme cause initiale de la production du diabète; d'autres hypothèses sont bien encore admises en Italie pour expliquer ce syndrome, mais elles sont difficilement explicables, partant difficilement admises.

La cure de la tuberculose selon la méthode de Koch. Académie médico-chirurgicale de Naples, séance du 25 janvier 1891, présidence de M. le professeur DI MARTINI. (*Riforma medica*, 22, 23, 25, 27.) — Depuis l'effondrement de cette mystification thérapeutique chacun de ceux qui, dans son début, avait conçu de la nouvelle méthode une espérance obstinée, un enthousiasme irréfléchi, chacun essaye maintenant de se retirer du mieux possible de ce guêpier.

Pour ne citer que quelques faits officiels, nous résumerons les communications faites à l'Académie de Naples. M. le professeur de Renzi a traité à la lymphe de Koch 44 malades, 37 phthisiques, 2 broncho-pneumonies chroniques non tuberculeuses, 2 lupus du nez et de la face, 1 tuberculose cutanée et glandulaire, 1 tuberculose glandulaire et osseuse en voie de guérison, 1 abcès froid péri-articulaire de la hanche droit. Il a fait un total de 469 injections. Voici les résultats obtenus : améliorés, 4; légèrement améliorés, 5; aucun changement, 8; aggravés, 13. Deux des malades sont morts avec hyperhémie et œdème pulmonaires. D'où mon illustre collègue de l'Académie conclut que la lymphe de Koch ne possède pas d'efficacité réelle contre la tuberculose.

M. le professeur Cantani a traité 26 malades et fait 146 injections. Il n'a pas non plus obtenu d'effet curatif certain, mais il a constaté de bons effets dans le lupus et chez quelques phthisiques. Pour ce clinicien distingué, Koch a fait faire un grand pas dans la voie bactério-thérapeutique de la tuberculose, et l'avenir le prouvera... espérons le sans trop y compter.

M. le professeur Galozzi ne peut encore se prononcer sur ses expériences parce que le temps d'observation ne lui semble pas suffisant pour l'autoriser à formuler des conclusions précises.

Il peut néanmoins dire dès aujourd'hui que la valeur diagnostique de la lymphe est assurée. Dans les lésions chirurgicales non tuberculeuses il n'y a jamais eu de réaction, tandis que le contraire a toujours eu lieu autrement. Nous savons en France combien ce point spécial a été controversé et finalement reconnu comme inexact. Le savant professeur de clinique napolitain a eu l'occasion d'expérimenter la lymphe sur des enfants, il affirme que ceux-ci la tolèrent très bien. La conclusion, c'est que ce produit allemand est une grande conquête pour la science et qu'il faut continuer l'expérimentation!!!

MM. de Amicis, Massei ne peuvent nier l'action élective de la lymphe sur les tissus tuberculeux; ils pensent qu'on a été trop prompt à juger la nouvelle méthode.

M. le professeur Armanni désire que l'Académie tire profit de ces relations et calme l'opinion publique dans son jugement sur la cure de Koch en démontrant la nécessité de continuer les études sur les effets de la cure. L'Académie vote, à l'unanimité, ces conclusions.

Continuons nos investigations dans quelques cliniques italiennes.

A Gênes, l'étude de la lymphe de Koch a été entreprise sur une large échelle par M. le professeur Maragliano, qui, honnêtement, reconnaît que, jusqu'à présent, on n'a pu trouver un seul résultat heureux absolument complet; il en conclut pourtant qu'il est nécessaire de continuer l'expérimentation et d'attendre.

Dans le laboratoire de clinique médicale dirigé par M. le professeur de Renzi, le docteur N. Pane a suivi au microscope toutes les transformations subies dans les bacilles de la tuberculose pendant le traitement par le lymphage. Une jeune malade tuberculeuse au deuxième degré, soumise à ce traitement, fut améliorée sensiblement. Les bacilles subirent des modifications dans le siège de la lésion; on constata leur abondance dans

l'expectoration à chaque réaction causée par la lymphe; enfin, les bacilles étaient de plus en plus petits et plus rares au fur et à mesure que le traitement avançait; par contre, les corpuscules purulents et les cellules épithéliales augmentaient dans une proportion considérable. Finalement, la malade a été réellement améliorée dans les lésions locales et dans l'état général.

Les cliniques étrangères ne confirment pas les espérances de la première heure et, malgré les améliorations constatées dans quelques cas, tous les médecins qui ont expérimenté ce nouveau produit sont d'accord pour reconnaître son inefficacité absolue comme moyen curatif réel et certain de la tuberculose. Consulter à ce sujet les travaux spéciaux de Riehl, Schrötter, Pick, Jaksch, Epstein, Korach, Michael, etc., etc.

Sur la question relative à la puissance générative des castrats. (Recherches expérimentales faites au laboratoire de médecine légale de l'Université de Pavie, par M. le docteur Massazza, assistant de M. le professeur Gidele Filomusi Guelfi; n° 31, *Riforma medica.*) — Voici les conclusions de ce travail important :

1° Par la castration, l'animal n'est pas privé immédiatement de la *potentia coëundi;*

2° On peut trouver, pendant un temps assez long, des filaments spermatiques normaux dans les canaux déférents et dans les vésicules spermatiques après l'ablation des testicules;

3° Ces filaments ne conservent pas toujours leur pouvoir fécondant;

4° Seuls sont aptes à la fécondation ceux qui conservent leurs mouvements caractéristiques ou qui peuvent les recouvrer par un traitement spécial;

5° Si l'on rencontre dans le liquide extrait des canaux déférents ou des vésicules séminales des zoospermes dont la tête est détachée de la queue, on peut conclure à la mort de tous les filaments spermatiques;

6° Le pouvoir fécondant des zoospermes que l'on trouve dans les voies spermatiques des animaux opérés ne dure pas plus de neuf jours après la castration;

7° Si l'on applique à l'homme ce que l'expérimentation a appris pour les animaux, on peut en déduire que l'activité des filaments spermatiques ne dure que peu de temps et ne dépasse pas neuf jours après la castration;

8° Comme il est présumable qu'un homme qui vient d'être ainsi mutilé ne se sent pas capable de copuler pendant la neuvaine qui suit son opération, on doit donc nier d'une façon absolue la *potentia generandi* des castrats. — Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes.

M. Bouilly tient à fixer les indications de la castration utérine par morcellement. On peut y avoir recours dans : 1° les annexites anciennes avec adhérences et fausses membranes dues à des poussées de péritonite et avec ou sans fistules dans le rectum, la vessie ou vers la peau; 2° les suppurations aiguës ou chroniques libres dans le bassin, sans poche limitée, bien reconnaissables. Dans ces cas, la laparotomie ne donne rien de bon, car, dans le premier, le ventre une fois ouvert, il est impossible de rien distinguer, et, dans le second, l'évacuation du pus se trouve complètement assurée.

Mais il est certain que les lésions qui indiquent l'intervention qu'a préconisée M. Segond sont des lésions rares, puisque, sur 33 opérations faites pour des maladies du même genre, M. Bouilly ne les a rencontrées que trois fois. Pour lui, la castration vaginale ne doit pas être substituée dans tous les cas à la laparotomie. Les fausses membranes rendent l'exploration du petit bassin très difficile, et certainement on ferait des erreurs de diagnostic, ce qui entraînerait l'extirpation d'organes sains. On en viendrait à faire l'ablation de l'utérus dans des cas où l'enlèvement des annexes par la laparotomie aurait été suffisant.

M. Bouilly a traité par la laparotomie, l'année dernière, 23 pyo-salpinx ou ovarites suppurées, 2 hydro-salpinx, 2 hémato-salpinx, 3 salpingites avec pelvi-péritonite chronique, 3 ovarites avec péri-ovarite.

Lorsqu'on a affaire à de petites collections purulentes provenant de l'ovaire ou des trompes et ne dépassant pas le volume d'un œuf, si les adhérences sont peu solides et le diagnostic facile, la laparotomie s'impose. Souvent, pendant l'opération, on constate l'existence d'adhérences avec l'épiploon, une anse d'intestin; la destruction de ces adhérences serait certainement très difficile avec l'ablation vaginale. D'autre part, certaines poches sont placées très haut derrière le pubis et il serait extrêmement difficile de les atteindre par le vagin.

Quand il s'agit de grosses collections pouvant contenir un litre de pus et plus, et dont le volume moyen est habituellement celui du poing, la laparotomie devient plus difficile, mais permet d'obtenir de beaux succès, car on peut enlever complètement la poche.

M Segond oppose un certain nombre d'arguments à la pratique de l'incision abdominale, à laquelle il reproche d'abord d'entraîner une cicatrice et de forcer la malade à porter une ceinture. On peut répondre à cela que l'incision peut être très petite et que, quand les sutures sont bien faites et les parois peu altérées, le port d'une ceinture peut devenir inutile. Pour M. Segond, la gravité de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale serait la même quand il s'agit de cas ordinaires et l'hystérectomie serait moins grave dans les cas compliqués. Cependant M. Bouilly n'a eu que 4 décès sur 33 cas et M. Segond en a eu 4 sur 23 cas. Les décès, dans les cas de M. Bouilly, ont été causés par la broncho-pneumonie infectieuse, la péritonite septique et une fois par l'oubli d'une compresse dans le ventre.

La laparotomie est plus simple que l'hystérectomie, dans la majorité des cas, et elle dure beaucoup moins longtemps. Les statistiques ne sont pas assez étendues pour que l'on puisse dire que l'hystérectomie l'emporte dans les cas graves. En résumé, la laparotomie doit être regardée comme la méthode de choix.

M. Richelot fait une communication sur le même sujet. (Voir le prochain numéro.)

M. Bazy s'attache aussi à préciser les indications de l'hystérectomie vaginale dans l'ouverture des abcès pelviens. Elle convient lorsque la suppuration se fait des deux côtés, que la marche de la maladie est rapide, qu'il y a des phénomènes graves. Elle convient encore dans les lésions anciennes, probablement suppurées, et lorsque l'on s'est assuré, autant que possible, que la fonction génératrice est définitivement perdue. Un abcès ouvert dans le vagin, un orifice fistuleux indiquent encore l'opération vaginale, mais il faut se garder de l'appliquer à tous les cas.

Le nombre des hystérectomies vaginales faites pour traiter les suppurations pelviennes n'est pas assez considérable pour que l'on puisse comparer les résultats obtenus. Les objections faites contre la laparotomie n'ont qu'une valeur secondaire.

— M. Boiffin (de Nantes) lit trois observations relatives à la chirurgie du tube digestif, et se rapportant à des rétrécissements du côlon ascendant avec suppuration et fistules, et à une fistule stercorale.

— M. Picqué présente une pièce de grossesse extra-utérine.

— M. Th. Anger montre un enfant auquel il a fait la craniectomie.

COURRIER

L'Académie a procédé à la nomination des Commissions de prix pour l'année 1891. Voici quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Proust, Colin (Léon) et Le Roy de Méricourt.

Prix Alvarenga. — MM. Polaillon, Le Dentu et Quinquaud.

Prix Barbier. — MM. Sée (Marc), Jaccoud et Weber.

Prix Buignet. — MM. Gautier, Gariel et Bouchardat.

Prix Capuron. — MM. Tarnier, Budin et Robin.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Mesnet et Blanche.
Prix Daudet. — MM. Labbé, Lannelongue et Terrier.
Prix Desportes. — MM. Hardy, Moutard-Martin et C. Paul.
Prix Godard. — MM. Le Fort, Péan et Périer.
Prix de l'hygiène de l'enfance. — La commission.
Prix Itard. — MM. Laboulbène, Dujardin-Beaumetz et Dieulafoy.
Prix Laborie. — MM. Larrey, Verneuil et Guyon.
Prix Laval. — MM. Brouardel, Bouchard et Peter.
Prix Meynot. — MM. Villemin, Panas et Javal.
Prix Monbinne. — MM. Empis, Trasbot et Cadet de Gassicourt.
Prix Nativelle. — MM. Prunier, Marty et Moissan.
Prix Portal. — MM. Cornil, Besnier et Lancereaux.
Prix Pourat. — MM. Duval, Potain et François-Franck.
Prix Vernois. — MM. Nocard, Ollivier et Lereboullet.

Laboratoire d'analyses appliquées a la médecine et a l'hygiène. — M. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, directeur du laboratoire d'analyses et de recherches appliquées à la médecine et à l'hygiène, commencera le 19 mars 1891, à quatre heures, un cours pratique de chimie, microbiologie et microscopie médicales.

S'inscrire d'avance, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril. Les membres de l'Association qui auraient quelque communication à faire ou qui désireraient poser leur candidature aux fonctions de membre du comité, sont priés de le faire savoir avant le 15 mars, en s'adressant au président de l'Association, M. le professeur Hardy, à Paris, 5, boulevard Malesherbes.

Académie royale de médecine de Belgique. — *Programme des concours* (1890-1892). — Histoire, indications et contre-indications, techniques et résultats de la trépanation. Prix : 800 francs. Clôture du concours : 15 septembre 1892.

1890-1893. Faire l'histoire des affections typhoïdes qui atteignent les sujets de l'espèce chevaline; établir les causes, la pathogénie, les lésions, les symptômes, le diagnostic et le traitement des différentes formes que ces affections peuvent présenter. Prix : 700 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1893.

Prix fondé par le docteur da Costa Alvarenga. Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques. Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » Prix : 750 francs. Clôture du concours : 1er février 1892.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

La syphilis héréditaire des poumons.

Par le docteur E. LANCEREAUX.

La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, plus souvent peut-être, se localise aux poumons. Ses manifestations pulmonaires, depuis longtemps étudiées chez le fœtus et le nouveau-né, sont bien moins connues chez l'enfant et chez l'adulte; aussi, pour en donner une juste idée, croyons-nous utile d'en rapporter plusieurs observations.

Une femme, dont le père était atteint d'une affection syphilitique peu de temps avant sa naissance, eut des troubles oculaires et devint presque aveugle vers l'âge de 8 à 11 ans; plus tard, elle fut prise de maux de gorge et d'enrouement. A 14 ans survint une surdité qui s'améliora, reparut et persista; la menstruation ne put s'établir; à 22 ans, des douleurs intenses se firent sentir dans la tête, et les cheveux tombèrent en grande partie. De 22 à 38 ans, santé passable, malgré des vertiges et des convulsions; à 39 ans, pleurésie et hémoptysies.

Le 15 juin 1860, cette personne, alors âgée de 40 ans, est admise à l'hôpital de la Pitié où je l'observe. C'est une femme grêle et de petite taille, qui a les seins d'une jeune fille à peine pubère, le pénil glabre, un hymen non déchiré et qui permet à peine l'introduction du petit doigt dans un vagin très étroit. Les dents sont petites, bicuspidées, le nez offre un aplatissement vers sa base, la tête est chauve, à part quelques cheveux semés çà et la, le faciès pâle, la voix rauque et nasonnée. Il existe une surdité telle que je suis obligé d'écrire mes questions pour obtenir une réponse, quoique les oreilles soient bien conformées. La poitrine attire l'attention, car à la partie supérieure interne de la mamelle droite, il existe à la percussion, dans une étendue de plusieurs centimètres, un son obscur ou mat. A ce même niveau, et vers le bord axillaire, on entend un souffle doux et saccadé, un peu différent du souffle bronchique; plus bas, ce souffle prend le timbre creux. De temps à autre, et principalement durant les efforts de toux ou de profondes inspirations, l'oreille perçoit des râles sous-crépitants ou caverneux. En arrière, mêmes phénomènes plus profondément situés; par contre, le poumon gauche n'offre aucun signe anormal. Toux fréquente et quinteuse, avec expectoration abondante et souvent sanglante. Le cœur est sain, la rate, le foie et les reins ne paraissent pas lésés. L'intelligence de la malade est intacte, mais son odorat est presque entièrement perdu depuis dix ans. Appétit peu prononcé; phénomènes d'embarras gastrique presque continuel; fièvre avec paroxysmes le soir (vésicatoire volant, boissons émollientes). Cet état persiste; l'appétit reste languissant; l'amaigrissement s'accroît; cependant la face, quoique très pâle, demeure pleine et comme boursouflée. Les mois de novembre et de décembre se passent sans autre changement, les hémoptysies reviennent à plusieurs reprises, et la malade sort de l'hôpital en janvier.

Le 9 mars, elle est admise à nouveau. L'amaigrissement, depuis la sortie, s'est accru; la toux persiste et l'expectoration est habituellement sanguinolente. On entend, à deux

ou trois travers de doigt de la clavicule droite, un souffle caverneux avec râles muqueux parfois très gros et gargouillements. Le foie dépasse le rebord costal. La fièvre, modérée tout d'abord, prend plus d'intensité ; puis il survient de la diarrhée, l'amaigrissement progresse, la malade s'épuise de plus en plus, et succombe dans le marasme le 20 mars 1861.

Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés ; le cerveau et les nerfs qui en émanent sont sains. Les organes des sens ne peuvent être examinés, le cadavre ne devant pas être défiguré. Le poumon gauche est intact ou seulement œdématié; le poumon droit, par contre, a ses trois lobes affectés ; le lobe supérieur est encore crépitant à son sommet, mais, plus bas, il est induré et creusé de plusieurs excavations. Semblables cavités se rencontrent dans le lobe moyen et à la partie supérieure du lobe inférieur; elles sont séparées les unes des autres par des cloisons souvent incomplètes, ou des brides fibreuses plus ou moins étendues, et peuvent contenir un œuf de pigeon. Limitées par des parois parfaitement lisses et polies, elles sont situées au milieu d'un tissu grisâtre ferme et résistant à la pression, et qui ne s'affaisse ni ne se déchire. Nulle part on ne trouve la moindre trace de tubercules, et d'ailleurs les cavernes, en quelque sorte sculptées dans le tissu induré, indiquent suffisamment qu'il s'agit non pas de tuberculose, mais bien d'une pneumonie chronique.

Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, déborde les fausses côtes; sa coloration lui donne l'aspect de la noix muscade; de nombreuses taches jaunes, légèrement irrégulières, se dessinent à sa surface sur un fond brunâtre. La capsule de Glisson, épaissie au niveau du ligament suspenseur, offre avec le diaphragme plusieurs adhérences plus ou moins lâches. Sur la face convexe se remarquent des sillons profonds ayant des directions variables et présentant à leur niveau un épaississement de la capsule ; les lèvres de ces sillons sont unies par des tractus de tissu conjonctif; même altération à la face concave. Des faisceaux fibreux tapissent le fond des cicatrices; les cellules hépatiques du voisinage sont granuleuses et atrophiées; la trame fibreuse du foie est épaissie. La rate et le corps thyroïde sont augmentés de volume et un peu indurés. Les reins sont assez normaux; les ovaires et l'utérus ont le développement qui s'observe chez une jeune fille de 8 à 10 ans. Les ovaires, à l'état rudimentaire, ne contiennent pas de vésicules de Graaf; l'utérus est relativement très petit, le pénil extrêmement glabre. La menstruation n'a jamais eu lieu, et tout porte à croire qu'il n'y a pas eu de rapports sexuels; ceux-ci étaient d'ailleurs presque impossibles à cause de l'étroitesse remarquable de la vulve et du vagin.

On pourrait contester ici la réalité de la syphilis; mais les renseignements qui nous ont été fournis par la malade, et cela à plusieurs reprises, la mort prématurée de la plupart de ses frères et sœurs, l'arrêt de développement, l'état particulier du système dentaire et la perte des cheveux sans cause appréciable, comme aussi les caractères des lésions constatées à l'autopsie, ce sont là autant de preuves qui militent en faveur d'une maladie syphilitique; et d'ailleurs comment se rendre compte autrement des nombreux accidents éprouvés par cette femme depuis sa naissance jusqu'au moment de sa mort? La syphilis une fois admise, n'est-il pas rationnel de supposer que l'altération particulière du poumon et la lésion hépatique sont ici un effet direct de cette maladie?

Les mêmes considérations, pour ainsi dire, me portent à attribuer la même origine au cas suivant observé et suivi par moi en 1874, lorsque j'étais médecin de l'hôpital de Lourcine. Il s'agit d'une personne de 14 ans, chétive et très peu développée, qui souffre des yeux depuis son enfance. Au moment de notre examen, les deux cornées sont presque entièrement opaques, et l'œil gauche est atteint de staphylome; il existe en même temps une double surdité et, depuis longtemps, un coryza sans déformation appréciable du nez; les dents sont courtes, la face est peu développée,

La maladie pour laquelle cette jeune personne se confie à nos soins a débuté il y a un an par la tuméfaction du voile du palais, qui s'est ensuite perforé et a fini par une destruction totale.

Aujourd'hui, 1er avril 1874, les bords qui limitent cette destruction occupent tout l'espace compris entre les piliers; ils sont ulcérés et parsemés çà et là de bourgeons charnus, indice d'un commencement de réparation. Sur la face postérieure du pharynx, il existe un large ulcère qui s'étend en profondeur jusqu'aux corps vertébraux; la membrane muqueuse, dans son voisinage, est injectée, légèrement tuméfiée et érodée sur quelques points.

La respiration est fréquente; une toux sèche, parfois quinteuse, plus tard humide, existe depuis plusieurs mois. Les deux sommets et le poumon droit sont normaux, mais la percussion donne à la base gauche une matité très notable avec augmentation des vibrations, et l'auscultation laisse entendre un souffle doux, un peu creux sur quelques points, en même temps que de nombreux râles muqueux et un léger retentissement de la voix. Par conséquent, le lobe inférieur du poumon gauche est le siège d'une hépatisation ou mieux d'une induration scléreuse, associée sans doute à une dilatation bronchique. (Iodure de potassium, 1 à 2 gr.; frictions mercurielles.) Les bords de la solution de continuité sont cicatrisés, mais non réunis; l'ulcère du pharynx est détergé, en bonne voie de réparation; un peu plus tard, il se produit une amélioration du côté du poumon, et, à partir de juillet, la toux cesse à peu près complètement. En septembre, elle reparaît, la matité et le souffle persistent encore, mais sans aucun râle. La destruction du voile palatin rend l'expectoration impossible. L'accroissement de la malade, arrêté depuis quelque temps, est de plus en plus manifeste, on constate même un léger degré d'embonpoint. L'amélioration se continue après la sortie de la malade, comme je puis m'en assurer. Le 27 février 1878, le souffle est beaucoup moins aigu et moins étendu dans le lobe inférieur du poumon gauche, le murmure vésiculaire s'entend à la base, l'amélioration est manifeste, les râles font défaut, le développement s'est accentué depuis un an, et il est survenu depuis trois mois un embonpoint qui porte à croire à une guérison prochaine et définitive.

L'enfance de cette jeune malade s'est passée dans de bonnes conditions d'hygiène, son alimentation a été convenable; une sœur de mère, plus âgée de 3 ans, se fait remarquer par sa beauté et sa force; au contraire, un frère et deux sœurs plus jeunes et du même père sont peu robustes. Le frère qui la suit immédiatement est surtout chétif. Ainsi, nous sommes conduits à considérer le père comme étant l'auteur des accidents observés chez notre jeune malade, et les renseignements que nous avons pu obtenir sur ce point viennent confirmer cette manière de voir. La mère était une femme robuste qui fut tuée par un éclat d'obus au moment du siège de Paris.

Un fait, en tout semblable au précédent, a encore été observé par nous vers la même époque, c'est celui d'une jeune personne de 12 ans, ayant des dents biscupides, fort peu développée pour son âge et qui présentait tous les signes d'une sclérose occupant le tiers inférieur du poumon gauche (matité, souffle, etc.), et qui s'améliora sous l'influence d'un traitement ioduré.

En présence de ces trois faits, d'une analogie frappante, il y a lieu de reconnaître que la syphilis héréditaire se traduit à un âge voisin de l'ado-

lescence, par des lésions circonscrites et localisées des poumons, ayant tous les caractères de la sclérose avec ou sans produits gommeux concomitants.

Si ces faits pouvaient laisser quelque doute dans l'esprit, ceux qui suivent les feraient disparaître, car ils nous montrent les mêmes lésions à un âge plus rapproché de la naissance, chez des enfants dont la syphilis paraissait évidente.

Un enfant de 6 ans, né dans l'Inde, et dont l'observation est rapportée par H. Green (Trans. path. de Londres), toussait depuis l'âge de dix-huit mois et présentait des signes cavitaires dans une grande étendue du poumon droit. Son poumon gauche était sain, sa rate volumineuse, ses dents incisives supérieures n'offraient qu'un faible développement. Cet enfant, amaigri et débilité, atteint d'œdème aux membres inférieurs, finit par succomber. On trouva le poumon droit recouvert par une plèvre épaissie adhérant intimement à la paroi thoracique et diminué de volume; la surface de section était parsemée de nombreuses excavations séparées par des tractus fibreux, ce qui lui donnait l'aspect d'un poumon tuberculeux. Le poumon gauche restait sain, à part quelques tractus d'induration fibreuse dans son lobe supérieur.

Un autre cas, consigné dans le même recueil par Greenfilld, est relatif à un enfant d'un an dont le poumon droit était ferme, solidifié et sclérosé. Examiné à un faible grossissement, ce poumon laissait voir des bandes de tissu fibreux d'épaisseur variable, rayonnant dans des directions diverses, au milieu desquelles étaient emprisonnés des groupes d'alvéoles.

Les parois des petites artères, celles des bronches se trouvaient épaissies par l'infiltration de jeunes cellules embryonnaires, s'étendant jusqu'aux parois alvéolaires au sein desquelles les cellules épithéliales étaient, suivant le degré de compression, tantôt à peu près normales, tantôt altérées et dégénéres.

Tous ces faits, dont la ressemblance est frappante, nous paraissent mettre en évidence l'existence de l'hérédité syphilitique avec lésion pulmonaire chez l'enfant et chez l'adulte. Cette lésion, autant qu'il nous est possible d'en juger, se localiserait dans un des poumons, affecterait de préférence les lobes inférieurs, mettrait plusieurs années à évoluer, et se traduirait pendant la vie par de la matité, du souffle tubaire ou caverneux, du moins dans quelques cas, et par une expectoration abondante; après la mort par une induration scléreuse du parenchyme pulmonaire, des excavations peu étendues, circonscrites par un tissu scléreux, des tractus fibreux donnant à l'organe malade une certaine analogie avec l'état du poumon atteint de tuberculose. Toutefois l'absence de tubercules, aussi bien dans le poumon lésé que dans celui qui est resté sain, conduit à rejeter l'idée d'une tuberculose et à accepter celle d'une action spécifique; et, comme dans les autopsies pratiquées, les bronches n'étaient pas dilatées, les cavernes pulmonaires doivent être attribuées au ramollissement de tumeurs gommeuses ou à des nécroses partielles du tissu pulmonaire sclérosé. En tout cas, ces lésions sont amendables sous l'influence d'un traitement approprié, ainsi que nous l'avons vu, et pourraient sans doute guérir si elles étaient prises à temps. Elles se font remarquer par la lenteur de leur évolution, leur persistance pendant plusieurs années, parfois sans changement appréciable dans l'état local et sans modification manifeste de la santé générale.

Ces circonstances ont la plus grande importance dans le diagnostic de la syphilis héréditaire du poumon, car toutes les fois que l'on constatera chez l'enfant ou même chez l'adulte les signes d'une sclérose pulmonaire un peu étendue et persistante, il y aura lieu de soupçonner une origine syphilitique, et cette origine sera mise hors de doute par les désordres concomitants : dents tricuspides, faible développement, etc. L'altération en question se rapproche d'ailleurs de celle qui engendre la syphilis dans les poumons du fœtus et du jeune enfant, car elle en diffère uniquement par une organisation plus complète du produit syphilitique, et, dans quelques cas seulement, par la destruction d'une partie de ce produit; d'un autre côté, elle offre la plus grande analogie avec la sclérose pulmonaire de la syphilis acquise, car elle s'en distingue simplement par une diffusion et une extension plus grandes.

Le pronostic est sérieux en raison de la ténacité du désordre anatomique toutes les fois qu'un traitement spécifique n'est pas mis assez tôt en usage. La mort, qui en est la conséquence assez habituelle chez le jeune enfant, est beaucoup plus rare chez l'adulte. En cela les manifestations de la syphilis héréditaire des poumons ressemblent à celles de tous les autres organes.

Le traitement, pour être efficace, sera prompt et énergique. Le plus souvent, chez l'adolescent, et à plus forte raison chez l'adulte, le mercure et l'iodure de potassium, même à dose convenable, ne parviennent pas à faire disparaître entièrement la lésion pulmonaire, ce dont il est facile de se rendre compte, si l'on remarque qu'au bout d'un certain temps la sclérose syphilitique s'organise en un tissu définitif qui ne laisse plus de prise aux agents thérapeutiques, incapables de transformer ce tissu, ainsi qu'il arrive lorsqu'il s'agit d'éléments jeunes et agglomérés sur un point circonscrit; mais leur action n'est pas moins utile, car, en combattant ces derniers, ils arrêtent le processus syphilitique.

REVUE DES CLINIQUES

De la fièvre intermittente bénigne tuberculeuse, par M. WEILL (1). — Messieurs, je vous présente le tracé thermique d'une malade, C. Blais, que vous avez pu observer longtemps au n° 28 de la salle Sainte-Blandine, et qui revient nous voir de temps à autre pour se faire examiner.

C'est une jeune fille de 16 ans, brodeuse, qui est entrée pour la première fois, dans le service, au mois de février 1890, se plaignant de toux et de souffrances gastriques. Sa mère est morte, à 40 ans, de tuberculose. Elle a un frère de 20 ans qui tousse tous les hivers. Un frère et une sœur sont morts en bas âge. Elle n'est pas réglée. Depuis un an, elle a été sujette à des bronchites. Elle a été traitée, au mois d'août 1889, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour une tuberculose pulmonaire. Elle est sortie, dit-elle, guérie et a pu reprendre son travail. Depuis le mois de janvier 1891, elle s'est remise à tousser et se plaint de troubles dyspeptiques sur lesquels je ne veux pas insister. Elle a eu, au mois de janvier, une légère hémoptysie et aurait maigri. Cependant son teint est assez coloré, sa figure pleine, ses gencives rouges.

Elle a eu une toux quinteuse qui revient surtout le soir et ne présente ni dyspnée ni expectoration.

Au poumon droit, on constate, en arrière, de la submatité du sommet, de l'exagé-

(1) *Province médicale*, 1891.

ration des vibrations, une respiration rude et soufflante; en avant, sous la clavicule droite, l'expiration est saccadée!

Il s'agit donc là d'un cas très banal, d'une tuberculose au début, limitée au sommet droit, et l'observation ne mériterait pas d'être signalée si l'étude de la température chez cette malade ne révélait des particularités intéressantes. Pendant un mois, Blais a présenté un état subfébrile caractérisé par une température oscillant autour de 38°, celle du matin étant de 37°8, celle du soir de 38°3, 38°5. Le début de cette fièvre n'a pu être précisé; il est probable, d'après le dire de la malade, qu'elle durait depuis quelque temps déjà, mais à partir du mois de mars, les phénomènes changent.

On voit s'installer brusquement une fièvre franchement intermittente qui dure quatre mois et qui se caractérise par de grandes oscillations; la température du matin étant de 37°5, 37°, ou même parfois subnormale à 36°8, 36°5, plusieurs fois 36°2, et la température du soir atteignant 39°, 39°5 et jusqu'à 40°.

En général, ce sont les grandes oscillations qui dominent, de 37° à 39°5. Parfois aussi les écarts sont moins accusés; le tracé indique 38° le matin, 39° le soir, mais ce sont là des exceptions. Le tracé présente l'image d'une fièvre intermittente quotidienne, à marche régulière.

J'ai fait prendre à plusieurs reprises la température de cette malade, toutes les trois heures, et j'ai constaté que l'apyrexie durait de douze à quinze heures et la période fébrile de neuf à douze. La fièvre commence vers deux heures, atteint son maximum à six heures et revient graduellement à la normale à minuit ou deux heures du matin.

Nous voilà donc en présence d'une fièvre intermittente que l'examen complet de la malade m'a fait rattacher à sa lésion pulmonaire. Elle ne présentait, en effet, aucun antécédent de paludisme, le sulfate de quinine administré à dose élevée, et plusieurs jours de suite n'a jamais exercé aucune influence sur cette fièvre; d'autre part, la malade ne présentait aucun accident hépatique, aucun foyer de suppuration.

Au reste, les phénomènes subjectifs présentés par Blais avaient quelque chose de très caractéristique. Quand on demande à la malade ce qu'elle ressent le soir, elle répond qu'elle a chaud comme en été, mais ne se plaint d'aucun malaise. Ni frisson, ni céphalalgie, ni courbature, ni abattement. Elle reste levée, aide les sœurs dans leurs travaux, mange de bon appétit (ses phénomènes dyspeptiques de l'entrée ont rapidement disparu) et digère bien. Elle dort parfaitement et se réveille le matin avec une sensation de bien-être de fraîcheur qui correspond à la période d'apyrexie.

Ainsi, voilà une fièvre qui atteint parfois 40° et qui évolue presque à l'insu de la malade.

L'état général reste très bon, la malade engraisse. Du mois de février au mois de mai son poids est resté stationnaire (36 à 37 kilog.); mais, au mois de septembre, elle pesait 44 kilog., c'est-à-dire qu'elle avait gagné 7 kilog. On peut mettre cet accroissement de poids sur le compte de la croissance; mais, en tout cas, on peut en induire que la nutrition n'a pas été troublée. D'ailleurs, depuis le mois de juillet, la fièvre a disparu, la température oscille entre 37 et 38°.

J'ai revu Blais il y a quelques jours, elle se porte toujours très bien, ne ressent aucun trouble, ne tousse pas et peut travailler.

En résumé, il s'agit d'une induration tuberculeuse d'un sommet, avec quelques troubles dyspeptiques passagers, avec de la toux sans dyspnée ni expectoration, toux qui, à son tour, a disparu, et d'une fièvre intermittente à grandes oscillations, qui s'est prolongée quatre mois durant et cela sans se manifester autrement qu'à l'examen thermométrique.

De cette observation, je rapprocherai celle d'un homme de 41 ans, B... (François), couché au n° 14 de la salle Saint-Jean. Cet homme, sans antécédents héréditaires, tousse l'hiver depuis plusieurs années. Il s'est refroidi quelques temps avant son entrée, a présenté une aggravation de toux, quelques crachats sanglants, a perdu l'appétit; ses forces ont diminué, il a éprouvé des frissons et de la fièvre.

A l'entrée, nous constatons les signes d'une induration tuberculeuse des deux sommets, avec respiration dure, expiration soufflante, retentissement de la toux, sans craquements.

Le malade se plaint peu; il est faible, a un dégoût insurmontable pour les aliments, transpire la nuit. Les frissons ont disparu. Il a une toux assez fréquente, mais sans quintes, une expectoration muqueuse, striée de sang au début, ne présente pas de dyspnée. Quinze jours après l'entrée, son état est très amélioré. Les transpirations ont disparu, il ne tousse presque plus et a récupéré l'appétit.

Or, si nous consultons le tracé thermique de B, nous constatons, les huit premiers jours, une température rémittente oscillant autour de 39°; à partir du huitième jour jusqu'au vingt-cinquième, paraissent de grandes oscillations; la température atteint 40° le soir, tombant à 37° le matin; à partir du vingt-cinquième jour, la température retombe à la normale. Or, la période des grandes oscillations thermiques a coïncidé avec une amélioration notable de l'état général et des symptômes présentés par le malade. La fièvre intermittente, comme dans l'observation précédente, ne s'est traduite, pour le malade, par aucune manifestation subjective, frissons, abattements, sueurs, etc. Enfin, elle a abouti, mais plus rapidement, à l'apyrexie.

Voilà donc un second fait témoignant de la bénignité de certaines fièvres à type intermittent chez les tuberculeux.

M. Roussy, dans sa thèse inaugurale, rapporte plusieurs cas de ce genre; malheureusement il ne fait que les signaler, sans publier les observations; on ne peut en tirer parti qu'au point de vue de l'appréciation de la fréquence de cette forme, que je crois cependant assez rare, n'en ayant rencontré, en un an et demi, que deux cas dans les tuberculoses au début, bien que la température soit soigneusement relevée chez tous les tuberculeux qui entrent dans le service.

La description clinique de cet état fébrile peut se résumer en deux mots : fièvre intermittente quotidienne à grandes oscillations, non ressentie par le patient, et correspondant à un arrêt de l'évolution tuberculeuse et même à une amélioration marquée de tous les phénomènes.

Il existe chez les tuberculeux une fièvre intermittente qui, au point de vue du tracé, ressemble absolument à la précédente, mais qui naît et se développe dans des conditions bien différentes, je veux parler de la fièvre hectique.

Si vous voulez jeter un coup d'œil sur le tracé que je vous fais passer, vous verrez qu'après une fièvre rémittente, qui oscille entre 38 et 39°, depuis le 2 janvier 1890 jusqu'au 22 février 1890, on constate l'apparition d'une fièvre intermittente quotidienne qui oscille entre 37 et 39°5, très régulièrement, et cela depuis le 22 janvier jusqu'au 10 juin sans interruption.

Or, la période des oscillations n'a amené aucun soulagement, le malade a continué à s'affaiblir, à tousser, à cracher, les transpirations se sont montrées, le malade ressentait, le soir, de véritables accès de fièvre, avec frissonnements et malaise; les lésions locales se sont accentuées, l'examen a révélé la formation de cavernes aux deux sommets avec infiltration des parties inférieures des poumons, et le patient est mort le 10 juin 1890, dans une profonde cachexie. C'est là un exemple remarquable de fièvre hectique, symptôme d'une grande fréquence qui, ici, a été particulièrement intéressant à cause de sa longue durée, près de quatre mois. Son évolution habituelle n'embrasse que quelques semaines.

Il existe donc, chez les tuberculeux, deux espèces différentes de fièvre intermittente : une forme bénigne et une forme maligne. Cette dernière, la fièvre hectique, n'est pas une fièvre tuberculeuse. C'est, comme l'ont reconnu Eudes, Hirtz, et tous les auteurs, une fièvre de résorption dont la signification a été précisée par MM. Teissier et Rolland. On la considère comme due à la pénétration dans le système sanguin et lymphatique des produits solubles, septiques ou putrides formés au niveau des cavernes, des ulcérations bronchiques et pulmonaires, par les saprophytes qui s'y développent secondairement. Ce sont les produits d'une infection additionnelle. Au contraire, la fièvre intermittente bénigne des tuberculeux paraît être une fièvre tuberculeuse, liée au développement du bacille de Koch, dans les poumons, mais elle correspond à une forme spéciale de la tuberculose. Elle semble attester que le processus morbide est arrêté, que le foyer tuberculeux ne produit plus l'infection de l'organisme, elle annonce le retour complet à l'apyrexie et à la santé. Cliniquement, la valeur du symptôme ne paraît pas douteuse.

Lorsque, après une poussée tuberculeuse légère, se traduisant par ses symptômes habituels, la fièvre rémittente ou subcontinue devient intermittente en l'absence de tout foyer de suppuration, de caverne, le pronostic doit être favorable.

Comment interpréter cette fièvre? Comment la classer? A quel type la rapporter?

Les maladies infectieuses aiguës, comme la fièvre typhoïde, la rougeole, l'érysipèle, etc., nous présentent des exemples qui ne sont pas sans analogie avec les faits dont je viens de parler. Dans la dothiénentérie, la transformation du type fébrile continu en type intermittent, l'apparition de ce qu'on appelle le stade amphibole, sont considérés, à juste titre, comme des modifications heureuses du cycle fébrile. Il semble que les grandes oscillations thermiques indiquent l'épuisement des germes pathogènes, ou l'accroissement des moyens de défense de l'organisme; en tout cas, elles annoncent l'apyrexie prochaine. Mais, pour la fièvre typhoïde, pour la rougeole, comme pour la tuberculose, il faut que cette fièvre naisse indépendamment de toute complication. Une eschare, un abcès, une broncho-pneumonie, une adénopathie donnent à la fièvre intermittente une signification, sinon aussi fâcheuse que la fièvre hectique des tuberculeux, au moins très comparable au point de vue du mécanisme.

Le rapprochement que je viens de faire peut soulever des objections. Peut-on comparer à des maladies infectieuses, à évolution rapide, à marche assez régulière, à tracé fébrile presque schématique, une affection aussi variable, aussi irrégulière que la tuberculose, qui tantôt se développe à la façon des maladies aiguës, au point qu'il est difficile de la distinguer de la dothiénentérie ou de la pneumonie, tantôt monte lentement et progressivement pendant des mois et des années avec des alternatives d'arrêt et de reprise, tantôt procède par des poussées aiguës de quelques jours séparés par de longs intervalles de santé? Quelles que soient les dissemblances cliniques, il est difficile de ranger la tuberculose à côté des maladies infectieuses. Personne ne conteste plus sa nature parasitaire. Si elle produit des infections à petite dose comme dans les formes chroniques, au lieu d'opérer d'une façon massive, comme dans les formes aiguës ou comme le fait la dothiénentérie, on ne peut en induire que des différences dans le degré de la virulence et non des différences de genre, on ne s'étonnerait pas de voir la granulie rangée à côté de la fièvre typhoïde, la tuberculose chronique a des droits équivalents.

La tuberculose se distingue par la multiplicité de ses formes, qu'elles soient dues aux variations si nombreuses de la résistance organique, à des variations très grandes de virulence du bacille tuberculeux, peut-être même à des variétés spécifiques du micro-organisme pathogène. Il y a bien aussi dans les maladies infectieuses aiguës des cas d'allure et de gravité très différentes, mais leur unité est plus saisissante par cela seul que leur évolution est condensée en un temps court.

On peut objecter pour notre première observation la durée exceptionnellement longue de la fièvre intermittente (quatre mois). Notre second cas rentre davantage dans la règle classique, car la période amphibole n'a duré que quinze jours.

Ce dernier terme, quoique déjà exceptionnel se rencontre cependant dans d'autres affections. J'ai eu l'occasion d'observer une rougeole avec fièvre intense et continue, qui, au dixième jour, représenta le type fébrile intermittent. M. le professeur Tripier qui vit ce malade, en l'absence d'aucune complication, émit l'avis qu'il s'agissait d'amphibolisme et porta un diagnostic favorable. Or la fièvre intermittente dura quinze jours et se termina brusquement par l'apyrexie. Pour ce qui est de l'observation de Blais, la longue durée de la fièvre intermittente me paraît en rapport avec la marche générale de nombreux cas de tuberculose. L'infection se fait lentement, l'atténuation est également traînante.

Le processus tuberculeux peut s'améliorer, c'est le cas le plus ordinaire, sans s'accompagner du type fébrile intermittent. La fièvre rémittente, par exemple, met plusieurs semaines à tomber, en suivant une ligne générale décroissante. Qu'y a-t-il d'étonnant que le mode d'atténuation qui s'exprime par le type intermittent suive la même loi de durée?

Il me paraît rationnel d'envisager, comme l'analogue du stade amphibole des pyrexies infectieuses, les deux cas de fièvre intermittente tuberculeuse que je viens de décrire.

Il serait d'un grand intérêt de vérifier expérimentalement, au moyen d'inoculations

chez les animaux, s'il y a une réelle atténuation de la virulence du bacille tuberculeux dans les cas de ce genre. On peut d'ailleurs faire la même remarque pour d'autres micro-organismes recueillis au même stade d'évolution de la maladie qu'ils provoquent. Il a été impossible de faire cette vérification chez nos deux malades, qui en raison même du caractère bénin de leur tuberculose, n'expectoraient pas ou avaient une expectoration de bronchite simple. Il serait plus aisé, pour résoudre la question, de s'adresser à un typhique; mais l'inoculation de la fièvre typhoïde aux animaux est plus discutable que celle de la tuberculose. En tout état de cause, je rappelle en terminant que, à quelque interprétation qu'on se rattache, on doit distinguer chez les tuberculeux deux espèces de fièvre intermittente, l'une tuberculeuse proprement dite, paraissant au début de l'infection, d'un pronostic bénin; l'autre hectique non tuberculeuse, liée aux périodes avancées de la tuberculose, d'un pronostic fatal.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

Causes de la dépopulation de la France. — M. Rochard lit son rapport et pose les conclusions suivantes :

1° Que les tours institués par le décret du 19 janvier 1811, lequel est tombé en désuétude, mais n'a pas été abrogé, soient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera scrupuleusement observé ;

2° Que la loi du 23 septembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout et que la loi soit obligatoire pour tous les départements;

3° Que la vaccination soit obligatoire par une loi;

4° Que la revaccination soit encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux, toutes les fois que la nécessité leur en sera signalée par les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène;

La revaccination deviendra obligatoire dans le cas d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, c'est le moment où elle est le plus nécessaire;

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les casernes.

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives;

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner et revacciner à jour fixe, sans déplacement et sans frais ;

8° Que les municipalités, et, à leur défaut, les préfets, soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure;

9° Qu'on assainisse les établissements publics (lycées, casernes, prisons) et qu'on encourage partout la désinfection des personnes, des locaux, du linge, des vêtements et de la literie, à la suite des maladies contagieuses;

10° Qu'on arrête les ravages de la syphilis en réglementant la prostitution.

Enfin, l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité.

Cholécystectomie. — M. Terrier communique l'observation d'un cas de *cholécystectomie* qui, après expulsion par le drain de bile et de calculs, se termina par la guérison. Il y avait une gravelle intra-hépatique.

Prophylaxie de la syphilis pour les nourrissons et les nourrices. — M. Duvernet a recueilli des documents qui lui permettent d'affirmer que le service de visite des nourrices à la Préfecture n'offre pas toutes les garanties désirables. Il propose les mesures suivantes :

1° Toute nourrice sur lieu qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson, doit, pour être autorisée à un nouvel allaitement, produire un certificat médical, constatant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse;

2° La nourrice qui n'aura pas été munie de ce certificat pourra y suppléer par un certificat médical daté d'une époque correspondant à un délai de deux mois, à partir du jour où elle aura été séparée de son dernier nourrisson;

3° Toute personne qui prend, dans un bureau de placement, une nourrice au sein, accepte l'obligation de procurer à cette nourrice, au moment de sa sortie de place, un certificat médical, attestant que son nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

— MM. Rindfleisch (de Wurtzbourg) et Corradi (de Pavie) sont élus correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Propriété pyogène du bacille d'Eberth (suite de la discussion). — Ecchymose spontanée et tumeur du biceps. — Kystes hydatiques de la face supérieure du lobe gauche du foie.*

M. Netter, à propos d'un fait cité par M. Rendu dans la dernière séance, vient protester contre cette opinion, qu'on lui a prêtée, que le bacille d'Eberth ne peut pas devenir pyogène. Dans le fait de M. Rendu, l'examen du pus avait fait découvrir, outre le bacille d'Eberth, tous les micro-organismes de la suppuration. Voilà pourquoi M. Netter s'était refusé, dans ce cas, à reconnaître au bacille typhique le principal rôle dans la production de la collection purulente.

La démonstration que le bacille d'Eberth peut, dans certaines circonstances, devenir pyogène, a été faite pour la première fois par Albert Fraenkel; et, il faut bien le dire, depuis cette époque on n'a publié qu'un très petit nombre de cas dans lesquels cette démonstration soit bien nette.

M. Netter a observé soigneusement bien des cas de suppurations survenues au cours de la fièvre typhoïde. Il a pu retrouver dans ses notes 16 observations assez curieuses. Dans 11 d'entre elles, il s'agissait d'otites suppurées : 5 fois le pus contenait le pneumocoque seul, 1 fois le pneumocoque et le staphylocoque, 5 fois le streptocoque. Dans deux cas, c'étaient des abcès multiples et circonscrits causés par le staphylocoque; dans un autre, on trouvait à la fois le staphylocoque et le streptocoque. Enfin, une endocardite ulcéreuse, avec infarctus suppurés viscéraux et sous-cutanés, avait été produite par le streptocoque, et une méningite suppurée par le pneumocoque. M. Netter a, de plus, examiné le pus de nombreux abcès sous-cutanés et y a trouvé le staphylocoque.

Eugène Fraenkel, dans un mémoire récent sur les complications suppuratives de la fièvre typhoïde, se déclare adversaire de la théorie qui veut attribuer au bacille d'Eberth des propriétés pyogènes; jamais, pour sa part, il n'a rencontré le bacille d'Eberth pur dans le pus des abcès, alors même que ceux-ci s'étaient développés dans la rate, dans les ganglions mésentériques. Sans être aussi exclusif que E. Fraenkel, M. Netter pense néanmoins que les cas, dans lesquels le bacille typhique a été pyogène, sont assez rares.

— M. Desnos présente un malade qui, le 18 février dernier, fut pris subitement d'une vive douleur dans le bras droit, tandis qu'une vaste ecchymose se produisait et envahis-

sait toute la région. Cette ecchymose disparut bientôt, mais on sentit alors dans le biceps, à la partie moyenne du bras, une tumeur dure, indolore. Ce malade est poseur de tapis; M. Desnos se demande s'il ne s'agit pas d'une myoclasie, mais l'absence de douleur ne permet pas ce diagnostic. Il ne peut s'agir non plus ni d'une gomme syphilitique ou strumeuse ni d'un anévrysme, ni d'infarctus musculaires.

M. Marie : Des ecchymoses peuvent se produire spontanément chez les tabétiques par un mécanisme encore inconnu. Or, chez le malade de M. Desnos on peut constater la perte complète du réflexe rotulien, et peut-être aussi celle du réflexe pupillaire. Ce malade paraît donc être un tabétique et l'on s'expliquerait ainsi son ecchymose spontanée. Quant à la tumeur du biceps, on peut voir qu'elle est dans l'épaisseur du muscle, faisant corps avec lui; c'est très probablement un exemple de myosite ossifiante. Or, il est fréquent de rencontrer la myosite ossifiante chez les tabétiques; Babinski en a recueilli un très beau cas à la Salpêtrière.

M. Duguet : Le malade présenté par M. Desnos était en état d'ivresse. L'absence de ses réflexes n'est-elle pas liée à l'alcoolisme aigu ou chronique?

M Marie : L'alcoolisme chronique peut, en effet, amener la disparition des réflexes, mais seulement lorsqu'il a déterminé des névrites périphériques.

— M. Galliard : Les kystes hydatiques de la convexité du foie, qui envahissent le côté droit du thorax et simulent des collections pleurales, acquièrent quelquefois un volume considérable, sans occasionner d'abaissement de l'organe où ils ont pris naissance. M. Hanot a bien mis ce fait en lumière : ces kystes sont intra-thoraciques; le foie ne dépasse pas les fausses côtes; ils ne mobilisent pas cet organe, qui est pourtant si peu solidement fixé, et ils triomphent au contraire de la résistance du diaphragme, de la plèvre, du poumon, quelquefois même des côtes. Dans toutes les observations de ce genre, il s'agit de kystes envahissant le côté droit du thorax, ayant pris naissance sur le lobe droit du foie. M. Galliard pense que des kystes peuvent également se montrer sur le lobe gauche et se frayer une route dans le côté gauche du thorax. A l'appui de cette théorie, il présente deux observations, l'une personnelle, l'autre appartenant à MM. Letulle et Charles Monod. La première peut être résumée ainsi : kyste hydatique de la base du thorax à gauche, provenant du lobe gauche du foie et compliqué de pleurésie gauche. Deux injections de sublimé au 1/1000e, l'une de 20 grammes, l'autre de 12 grammes. Guérison.

Et le deuxième : kyste hydatique intra-thoracique gauche simulant un épanchement pleural, et s'étant ouvert dans les bronches après s'être mis en communication avec les voies biliaires ; vomiques bilieuses. Thoracotomie. Guérison.

De quelques nouvelles médications.

Traitement du lupus érythémateux des paupières et de la face, par Brocq. (*Revue d'ophthalmologie*, 1890, 9.)

Ce lupus érythémateux fixe se caractérise par sa localisation en un point déterminé de la face par sa fixité, par sa profondeur, par son unilatéralité habituelle, et parce qu'il attaque les paupières.

M. Brocq conseille l'application d'une pommade ainsi composée :

Rec.	Acide salicylique..........	0 gr. 50.
	Acide lactique..............	0 gr. 50.
	Résorcine..................	0 gr. 75.
	Oxyde de zinc..............	2 grammes.
	Vaseline pure	17 —

M. s. a.

Un topique très efficace contre les diverses formes de lupus érythémateux, c'est l'acide pyrogallique. On l'a employé sous des formes très diverses.

M. Brocq indique comme une préparation fort bien tolérée en général la pommade suivante :

Rec.	Acide salicylique...............	1 gramme.
	Acide pyrogallique...............	2 grammes.
	Vaseline pure...................	20 —

Cette pommade est appliquée pour la nuit; le jour, on peut alternativement appliquer la pommade à la résorcine, dont la formule a été donnée ci-dessus. — P. N.

FORMULAIRE

Pommade contre la phthisie pulmonaire.

Créosote..................................	10 grammes.
Lanoline..................................	
Huile d'olives............................	ââ 50 —
Axonge....................................	

F. s. a. une pommade avec laquelle on frictionnera tous les soirs le thorax, en avant et en arrière, ainsi que les creux axillaires. Le malade tiendra sa couverture relevée jusqu'au cou, afin de se trouver baigné dans les vapeurs créosotées, qui seront absorbées tout à la fois par la peau et les organes respiratoires. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Le martyrologe de la psychiatrie. — Nous lisons dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* que le docteur Georges-W. Aloy, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Flutbush (U. S. A.) a été tué de deux coups de revolver par un aliéné persécuté, très halluciné et fort excitable, qui, six semaines avant l'attentat, avait réussi à s'évader de l'asile. D'autre part, nous lisons dans le *Journal des Débats* qu'à l'asile des aliénés de Naugeat, près de Limoges, un fou interné de la veille a tué un infirmier d'un coup de couteau et a blessé un autre gardien qui, attiré par le bruit de la lutte, portait secours à son camarade.

Société de médecine de Paris. — *Ordre du jour :* 1. Discussion sur le rapport de M. Desnos. — 2. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La loi qui fixe l'âge de la mise à la retraite des fonctionnaires atteint parfois ceux-ci alors qu'ils sont encore dans toute leur verdeur, et que l'entière possession de leurs facultés leur permettrait de rendre encore de grands services. Ils en donnent la preuve en se remettant au travail de plus belle, dans une autre voie, la carrière administrative leur étant fermée. Tel M. J. Rochard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine, qui, depuis sa mise à la retraite, consacre à l'hygiène toutes les forces de son intelligence, que l'âge n'avait pas amoindries. Le rapport qu'il a lu mardi dernier à l'Académie de médecine, au nom de la commission chargée d'étudier les causes de la dépopulation de la France et les moyens d'y remédier, est un document écrit avec un patriotisme ardent, une conviction profonde et qui pourra servir de base sérieuse aux discussions qui vont suivre sur cette importante question.

Nous savons déjà quels en sont les principaux points : Création de bureaux destinés à recevoir les enfants abandonnés et à remplacer les tours ; — surveillance plus exacte et plus médicale de l'élevage mercenaire

FEUILLETON

CAUSERIE

On a fait moult bruit, depuis quelque temps, autour d'un *fait divers,* comme disent les journaux, qui aurait fait les délices de Rabelais et qui a fait probablement celles d'un de ses arrière-petits-neveux, j'ai nommé Armand Silvestre. Il s'agit d'un procès intenté par un mari à un de nos confrères, le docteur Vigné d'Octon, ancien médecin de la marine devenu littérateur, comme Pierre Loti. Ils sont tous comme cela, dans la marine. Vous savez, l'habitude de la contemplation de la nature.

La nature, dans le cas actuel, avait fait une assez sotte chose ; elle avait affligé d'un vaginisme compliqué d'oblitération vaginale (?) une charmante jeune fille que son mari adorait. Le mari, jeune lui-même, a fait tout son possible pour transmuter la jeune fille en femme ; mais il dut battre en retraite devant les souffrances horribles que causaient ses tentatives à la pauvre innocente, et, de guerre lasse, il appela à son secours un médecin. Celui-ci trouva le cas assez original pour en faire le sujet d'un roman, qu'il intitula : *l'Éternelle blessée.*

Jusque-là, rien de mal ; nous écrivons tous les jours des ouvrages dans lesquels sont relatés tout au long les tenants et aboutissants très détaillés et circonstanciés de maladies bien plus horribles que celle de l'éternelle blessée, et personne ne songe à s'en

des enfants, — vaccination obligatoire et revaccination rendue plus facile; — distribution, dans toutes les agglomérations, d'une eau potable exempte de toute souillure; — arrêt des ravages de la syphilis par la réglementation de la prostitution. Comme on le voit, ces *desiderata* sont de nature à rencontrer bien des obstacles avant d'être réalisés; ils auront à combattre bien des coutumes d'autant plus tenaces qu'elles sont plus vieilles; mais, comme ils sont justes, il faut que tout le monde leur donne son appui et s'attache à les vulgariser. C'est ce que nous nous efforcerons de faire dans la mesure de nos moyens.

Les ravages de la syphilis ne procèdent pas uniquement de la prostitution. Précisément, dans la même séance académique, M. Duvernet a fait une communication sur la prophylaxie de ce fléau pour les nourrissons et les nourrices. Il a signalé, dans les mesures administratives prises à l'endroit des nourrices, une lacune qui a pu être la cause de nombreux cas de contagion pour les enfants. Une nourrice vient de sevrer son nourrisson; elle est sans lésion apparente; cependant son nourrisson était syphilitique et elle est contagionnée. Elle donne le sein à un second enfant qu'elle contagionne à son tour. Cela ne serait évidemment pas arrivé si la nourrice avait été obligée de fournir un certificat attestant, non pas qu'elle n'est pas syphilitique, puisqu'elle ne préseute pas encore de lésions appréciables, mais que son nourrisson ne l'était pas. C'est ce certificat que M. Duvernet demande d'exiger à l'avenir des nourrices, et il a parfaitement raison.

— Les expériences sur le cantharidate de potasse dans le traitement de la tuberculose continuent en Allemagne. C'est surtout la tuberculose laryngée que l'on a en vue. MM. Saalfeld, Landgraf, B. Fraenkel ont communiqué à la Société médicale de Berlin les résultats de leur pratique, qui paraissent satisfaisants. M. Landgraf résume ainsi qu'il suit ses observations tout en faisant toutes ses réserves :

« Le cantharidate de potasse en injections répétées produit, dans des conditions encore mal connues, un œdème de la muqueuse chroniquement enflammée. Certains signes, tels que l'expectoration plus facile, indiquent

---

formaliser. Dans le cas actuel, il n'en fut pas ainsi. Le mari de la dame soignée par M. Vigné d'Octon crut reconnaître sa femme dans l'héroïne du roman et a cru devoir poursuivre notre confrère en violation de secret professionnel. Voici un extrait de l'exploit d'huissier :

« Attendu que M. le docteur P. Vigné d'Octon a donné dans le courant de l'année 1889, à Montpellier, des soins en qualité de médecin à la dame X... femme de l'exposant, laquelle était atteinte de *vaginisme et d'oblitération vaginale* (comme en termes galants ces choses-là sont dites);

« Attendu que M. le docteur P. Vigné d'Octon était seul à connaître cette affection en dehors du mari de la dame X... et étroitement tenu au secret professionnel;

« Attendu que l'ouvrage sus-indiqué n'est en somme que l'exposé de la situation médicale de son ancienne cliente, que diverses confidences faites à M. le docteur P. Vigné d'Octon par mon requérant se trouvent rapportées dans le livre intitulé : *l'Eternelle blessée*, de façon à ne laisser aucun doute sur la personne visée;

« Attendu notamment que l'héroïne de ce roman est représentée comme étant la filleule d'un magistrat et que la dame X... est, en effet, nièce d'un ancien procureur impérial aujourd'hui décédé;

« Que, par des lettres écrites aux mois de juin et juillet 1889, le requérant se fait fort de prouver combien le docteur P. Vigné d'Octon paraissait alors s'intéresser à la maladie de la dame X..., que de nombreux témoins peuvent, du reste, affirmer qu'il lui donnait des soins en qualité de médecin;

que, même à petite dose, il détermine une exsudation séreuse. Cet œdème disparaît assez rapidement. Nous ne savons pas encore dans quelle mesure il cause ou favorise un processus de guérison, et l'observation clinique ne peut par elle seule élucider la question que dans d'étroites limites. »

D'après M. Lublinski, l'action du médicament sur le larynx ne serait pas sans inconvénients, à cause du gonflement qui se produit. Les bacilles ne sont modifiés ni dans leur forme, ni dans leur faculté de se colorer.

M. Fraenkel déclare que presque tous les malades sont satisfaits du traitement; cependant il n'a constaté aucune guérison, mais seulement de l'amélioration. On ne peut évidemment demander davantage après si peu de temps.

Le seul danger de la méthode consiste dans les complications rénales. Chez un malade de Landgraf, qui présentait déjà de l'albuminurie, celle-ci augmenta un peu sous l'influence des injections. Aussi Fraenkel recommande-t-il, pour éviter ces complications, d'examiner soigneusement les urines avant chaque injection; de n'injecter tout d'abord que 1 décimilligramme (0 gr. 0001) et au besoin la moitié de cette dose; enfin de n'arriver à 2 décimilligrammes (0 gr. 0002) que par fraction. De plus, tant qu'on observe la réaction locale cherchée, il ne faut pas renouveler l'injection.

A propos de ces doses, je dois faire remarquer que, par une erreur d'impression, les doses que j'ai indiquées dans mon dernier *Bulletin* ont été décuplées. Au lieu de 0 gr. 001, 0 gr. 002, 0 gr. 006, il faut lire : 0 gr. 0001, 0 gr. 0002, 0 gr. 0006. En d'autres termes, il s'agit de décimilligrammes et non de milligrammes.

— A citer comme simples documents, sans le moindre commérage, comme dit cette excellente *Gazette hebdomadaire de Saint-Pétersbourg*.

I. — « La Faculté de médecine de Kasan a nommé une commission qui, sous la présidence de Wissozky, avait pour but d'étudier la méthode de Koch. Cette commission a déclaré : 1° qu'il existait dans la lymphe des bacilles encore vivants; 2° que la composition de la lymphe avant toute dilution était variable; la réaction serait tantôt neutre, tantôt fortement

---

« Qu'en rapportant en un livre rendu public les faits qu'il a connus, en raison de sa profession, il a donc commis le délit de violation du secret professionnel;

« Attendu que la publication de l'ouvrage intitulé : *l'Eternelle blessée* a porté et porte à l'exposant un incontestable préjudice;

« Attendu que Lemerre en est l'éditeur responsable aux termes de la loi du 29 juillet 1881;

« Faisons commandement à Lemerre et P. Vigné d'Octon, par copie séparée (il y a toujours quelqu'un qui les payera) d'avoir en les quarante-huit heures à retirer le volume de la vente, faute de quoi le requérant se réserve d'agir par toute voie de droit, même correctionnelle. »

Eh bien, voilà un exploit dont l'huissier doit être fier, car il n'en doit pas avoir beaucoup de semblables à son actif. « On est unanime à penser, dit le *Mercredi médical*, que, ce cas médical étant connu classiquement, d'après d'assez nombreuses observations, c'est le mari plus que M. Vigné d'Octon qui a violé le secret professionnel.

« D'ailleurs nous savons de bonne source que M. Lemerre n'a nullement obtempéré à la sommation, mais a au contraire fait tirer quelques mille de plus; et jusqu'à nouvel ordre le seul résultat obtenu a été de faire assez bien vendre un livre qui se vendait assez mal. »

Notre confrère a raison; c'est le mari qui a tort (ce sont toujours les maris qui ont tort, n'est-ce pas, mesdames?) Qui eût deviné sans lui que c'était justement de sa femme qu'il s'agissait? puisque dans le deuxième considérant il est dit que notre confrère était le seul en dehors du mari, à connaître l'état de madame X. A la vérité, M. Vigné d'Octon

alcaline. Elle a donc conclu à la nécessité de suspendre, au moins provisoirement et jusqu'à plus ample informé, l'usage de ce remède. »

II. — « La commission de six médecins, chargée d'étudier le traitement de Koch et de pratiquer des inoculations dans les hôpitaux de Madrid, vient de publier la note suivante :

« En raison du résultat peu satisfaisant obtenu par les inoculations, la commission des hôpitaux les a définitivement suspendues.

« Il paraît qu'aucun tuberculeux n'a été guéri et qu'on n'a même pas vu une amélioration dans l'état des malades. »

III. — « Le *Freisinnige Zeitung* reproduit un renseignement donné par les journaux médicaux et pharmaceutiques de Berlin, et d'après lequel la vente de la lymphe de Koch serait tombée à zéro dans les pharmacies prussiennes. »

C'est le *Bulletin médical* du 11 mars qui nous donne ces renseignements. Peut-être la *St-Pétersburger medicinische Wochenschrift* va-t-elle encore nous dire que c'est « une petite feuille à commérages dans le genre de l'*Union médicale* ».

— Dans sa dernière séance, l'Académie a nommé membres correspondants étrangers MM. Rindfleisch (de Wurzburg) et A. Corradi (de Pavie).

C'est la première fois, depuis 1871, que la savante Compagnie fait à un savant allemand l'honneur de se l'adjoindre. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Un cas mortel de diphthérie chez un adulte, par le docteur Lépine (1). — Messieurs, ce n'est pas d'un malade de notre service que je vais vous entretenir aujourd'hui, mais d'un confrère, le docteur Royer, que vous avez vu il y a peu de jours encore fréquentant nos salles avec son zèle et son entrain habituels, et qui, hier soir à sept heures, entouré de

(1) *Province médicale*, 1891.

a eu tort sur un point, c'a été de dire qu'il s'agissait de la filleule d'un magistrat; il aurait pu aussi bien la prendre dans une autre classe de la société, où le mari n'aurait eu rien à voir. Mais enfin si le mari n'était pas venu dire au public, par ministère d'huissier : « Vous savez, la dame dont il s'agit dans l'*Eternelle blessée*, c'est ma femme! » personne ne s'en fût doutée, puisque le mari seul, en dehors du médecin, savait à quoi s'en tenir sur l'état vaginique de sa femme.

Encore un mari dont on a ri!

*
* *

Cette question du secret professionnel revient à chaque instant sur le tapis. La déontologie médicale n'en a pas qui paraisse plus hérissée de difficultés et d'incertitudes. Voyez quelles différences du haut en bas de l'échelle sociale! Un pauvre diable est à l'hôpital, atteint d'une de ces maladies que les gens du monde appellent honteuse ou secrète; on fait clinique sur ce cas intéressant, c'est-à-dire que 20, 30, 50 élèves, sinon plus, vont l'examiner, prennent son observation avec ses nom, prénoms, âge, qualités, adresse, état civil, etc.; puis le chef de service leur expose les symptômes, marche, diagnostic et pronostic de son cas, souvent en sa présence, car on le fait alors comparaître comme pièce à conviction dans l'amphithéâtre de la clinique. Et je ne sache pas que jamais quelqu'un d'entre les clients des hôpitaux ait protesté contre cette manière de faire.

ses amis, a rendu le dernier soupir, emporté par une diphthérie maligne qu'il avait peut-être contractée ici même. Vous voyez que, comme le soldat, le médecin peut inopinément trouver la mort. Je ressens une vive douleur de ce brusque dénouement d'une vie qui eût été non moins utile à la science qu'à l'humanité. Le docteur Royer avait devant lui le plus bel avenir. Il était assuré de conquérir dans le prochain concours le titre si envié d'agrégé, qui n'eût été qu'une étape. La vie s'ouvrait souriante pour lui, et, comme il arrive trop souvent, elle a été brisée par une catastrophe.

Je crois, Messieurs, rendre hommage à la mémoire de Royer et servir en même temps à votre instruction en vous relatant les phases de sa courte maladie. Vous avez peu d'occasions de voir la diphthérie depuis que tous les cas de cette maladie, chez l'adulte comme chez l'enfant, sont isolés dans un service spécial à la Charité. Le cas de Royer, d'ailleurs, n'est pas un cas banal. J'ajoute qu'il a été parfaitement observé par tous ses amis, les docteurs Audry, Jaboulay, Paliard, Pollosson, etc., qui l'ont soigné avec autant d'habileté que de dévouement, ainsi que par les nombreux internes qui ont passé la nuit à son chevet, et dont la conduite mériterait des éloges si elle ne nous paraissait, à nous médecins, qui avons appris à connaître l'internat en maintes occasions, toute naturelle.

Royer était âgé d'une trentaine d'années, robuste, fortement constitué, jamais malade.

Le 4 février, il commença à se sentir mal à l'aise dans la soirée. La nuit fut très agitée. Il eut un léger subdelirium, une fièvre intense et de la rachialgie.

Le lendemain, il fut examiné par un de ses amis qui constata les phénomènes suivants : douleurs très vives à la déglutition; l'amygdale gauche présente un exsudat blanc éclatant; pas de ganglions.

Peau couverte de sueurs. On pense à une angine herpétique.

La nuit suivante, du 5 au 6, fut encore très mauvaise : le malade, paraît-il, cracha du pus fétide, comme il arrive toujours pour les abcès de la gorge. Le 6, au matin, l'amygdale gauche était un peu anfractueuse et toujours recouverte des mêmes exsudats qui s'étaient même étendus sur l'amygdale droite. Luette et fosses nasales intactes. Les urines contenaient un peu d'albumine.

Royer se rappela à ce moment avoir assisté, quelques jours auparavant, à l'autopsie d'un malade atteint de gangrène pulmonaire qu'il avait examiné de très près et avec beaucoup de soin. Ce renseignement fit porter le diagnostic de gangrène des amygdales. Du reste, il n'y avait aucun ganglion.

Qu'il s'agisse au contraire d'un homme du monde, qui va consulter dans son cabinet un homme de l'art, moyennant une rétribution plus ou moins forte; que celui-ci s'avise de dire un mot de son client à quelqu'un qui le connaît, et alors ce sont des histoires à n'en plus finir.

Je sais bien que la chose la plus simple à faire est de se taire; de cette façon le secret est bien gardé. Et c'est la conclusion à laquelle est arrivé M. Brouardel, l'homme de France le plus compétent dans ces sortes de questions. Et cependant lui aussi est quelquefois embarrassé.

Ainsi, à la séance du 9 courant de la Société de médecine légale, notre éminent maître a cru devoir consulter ses collègues à propos d'un cas rare intéressant le secret professionnel.

Voici le fait, d'après le *Bulletin médical :* « Un officier de santé, appelé auprès d'une femme en couches, applique le forceps. Il n'a pas le droit de le faire, mais la question n'est pas là.

« L'instrument fut-il mal appliqué? Le cas était-il de ceux qui, quoi qu'on fasse, ont une issue funeste? Toujours est-il qu'un accident des plus graves survint, et que l'officier de santé, effrayé, appela un docteur à son aide. Le docteur arrive et essaye de sauver l'enfant et la mère, mais tous deux succombent.

« La famille fait alors un procès à l'officier de santé et appelle alors en témoignage le docteur qui fut le confident d'abord, le témoin ensuite, des opérations qui avaient été pratiquées sur la femme et des conséquences qu'elles avaient entraînées. Ce médecin

Le 7 et le 8, l'état resta à peu près stationnaire ; la luette était indemne; l'aspect de la gorge identique ; l'état général assez bon.

Le 9, à six heures du soir, le docteur Royer se sentait beaucoup mieux, il s'habillait et allait s'asseoir à table dans sa salle à manger. Cependant la voix avait été légèrement voilée le matin.

La nuit même, à quatre heures du matin, survenait un accès de suffocation qui nécessita l'appel du docteur Paliard. La dyspnée était très vive. De plus, il venait d'expectorer une longue fausse membrane. Le diagnostic ne présentait dès lors aucune difficulté.

La crise de suffocation fut de courte durée, mais il ne tarda pas à survenir de la dyspnée continue et par intervalle seulement un peu de cornage.

Le onzième jour où je le vis pour la première fois, la dyspnée était à peu près continue; il existait un peu de cyanose. La gorge présentait une fausse membrane blanche, éclatante, englobant la luette; le reste de la gorge était rouge.

Ainsi, alors que la maladie avait déjà atteint profondément l'arbre bronchique, nous assistions à une reproduction des fausses membranes dans la gorge.

Le 11, au soir, et le 12, il survint plusieurs crises de suffocation qui paraissent avoir été améliorées par l'ipéca. Mais, cependant, la dyspnée devenant continue, la cyanose augmentant, l'état s'aggravait rapidement. L'asphyxie était d'origine bronchique; il n'y avait aucun doute à cet égard, on en avait pour preuve non seulement la dyspnée continue, mais la matité et la faiblesse du murmure respiratoire à la base gauche qui avaient été constatées depuis deux jours.

Cependant comme les crises de suffocations laryngées qui se répétaient créaient un danger imminent qui, par lui seul, pouvait emmener le malade, la trachéotomie fut décidée pour en éviter le retour. Faite à peu près sans espoir, elle ne fut suivie d'aucune amélioration. Ce fut un spectacle vraiment navrant de voir le malade conserver la même dyspnée et rester dans un demi-coma asphyxique.

L'opération avait été faite à quatre heures avec la plus grande habileté par M. Pollosson. Royer mourut à sept heures.

Que devons-nous retenir de ce cas en dehors de son évolution relativement rapide?

D'abord quelle en était l'étiologie? Royer n'avait vu aucun diphthéritique en ville. Mais, dans notre service, nous avons eu, il y a environ trois semaines, un cas de diphthérie toxique, que vous vous rappelez sans doute. C'était un jeune homme couché au n° 10 de la salle Sainte-Elisabeth. Venu pour une néphrite post-scarlatineuse, il avait

---

demande à M. Brouardel s'il doit se retrancher derrière le secret professionnel ou bien révéler ce que l'officier de santé lui a confié de sa maladresse et de sa malheureuse intervention.

« M. Brouardel a demandé à la Société de médecine légale de soumettre ce cas rare à la commission du secret professionnel. Sans vouloir préjuger en rien son avis, il croit, pour sa part, que le docteur en médecine doit se retrancher derrière le secret professionnel, pour les trois raisons suivantes :

« 1° Il n'a connu les faits dont il s'agit qu'à l'occasion de sa profession ;

« 2° L'officier de santé l'a pris pour confident ;

« 3° Si on admet qu'il peut parler, il arrivera probablement que, dans un cas analogue, un officier de santé qui aura commis une faute hésitera à faire appel à un docteur en médecine pour essayer de la réparer. Il craindra des indiscrétions, et qui sera la victime? la femme en couches ».

Il est certain que le mieux serait d'élever une barrière infranchissable, sorte de muraille de Chine, entre le corps médical et le reste du monde, au point de vue de l'exercice de la profession. Mais c'est un vœu qui sera toujours irréalisable, surtout par le temps d'interview que nous traversons.

SIMPLISSIME.

pris sous nos yeux une endocardite aortique. Un soir on lui trouve une angine diphthéritique maligne dont il ne s'était pas encore plaint, quoiqu'elle remontât sans doute à deux ou trois jours. On l'envoya immédiatement à la Charité et il y mourut le jour même.

Quelques jours après survint une autre angine nettement diphthéritique, quoique bénigne chez le n° 33; le malade fut immédiatement isolé dans un cabinet particulier. Enfin, il y eut dans la salle deux ou trois cas d'angines légères considérées comme suspectes. Royer avait examiné ces divers malades avec attention; étant myope, il avait dû s'en approcher très près. A propos de ces angines diphthéritiques bénignes, je vous citerai un exemple personnel : Pendant mon internat, après une nuit passée auprès d'un diphthéritique, je fus pris d'une angine légère, sans m'être refroidi. Examinée à plusieurs reprises par mes collègues, ma gorge ne présenta jamais de fausses membranes. Néanmoins, je crois aujourd'hui qu'il s'agissait d'une diphthérie atténuée; les exemples en sont fréquents. Il n'est pas rare de voir des parents qui soignent leur enfant diphthéritique, être pris d'angines légères précédées, dans la même famille, de cas d'angines diphthéritiques.

A ce propos, le médecin doit savoir qu'il ne doit pas avoir la bouche ouverte quand il examine une diphthérie ou une angine suspecte, surtout s'il est déjà atteint d'angine.

Toutefois, il est possible que certains cas de diphthérie ne ressortissent pas de la contagion. Roux et Yersin ont trouvé dans la bouche d'enfants ou d'adultes normaux un bacille qui, au point de vue morphologique, est absolument identique avec le bacille diphthéritique de Loëffler. Il a été trouvé non seulement à Paris, mais dans un village éloigné, situé près de la mer, et où il n'y avait pas eu, de mémoire d'homme, de diphthérie; or, dans le cas de ce village, Roux et Yersin, sur 50 enfants examinés, ont trouvé 26 fois, dans la bouche, ce bacille pseudo-diphthéritique.

Ainsi, ce bacille ne diffère du bacille de Loëffler, ni par sa forme individuelle, ni par la forme de sa colonie, mais seulement par le nombre de ses colonies; au lieu de produire dans le bouillon un ensemencement considérable, il n'en produit qu'un faible par son défaut de virulence.

Aussi, Roux et Yersin soutiennent-ils que ce n'est pas autre chose que le bacille de Loëffler atténué. Ils n'ont cependant pas encore pu obtenir la transformation du bacille pseudo-diphthéritique en bacille diphthéritique vrai ou réciproquement, mais ils ne doutent pas qu'on puisse y parvenir. Ce bacille se rencontre plus fréquemment dans les diphthéries bénignes et chez les personnes guéries récemment de diphthérie.

La bouche renfermerait donc le bacille diphthéritique comme elle renferme le pneumocoque, et on pourrait contracter la diphthérie sans contagion ou seulement par autocontagion. Du reste, le milieu, la réceptivité individuelle ont toujours paru jouer un rôle prépondérant dans l'évolution diphthéritique.

Il existe, du reste, d'autres exemples semblables en microbiologie. Le bacille *coli communis* peut, à l'occasion, donner une affection typhoïde.

Mais, en pratique, on trouve le plus souvent le contage direct ou indirect par les vêtements. Pour Royer, en particulier, cette contagion est très probable.

Une autre particularité assez rare de l'évolution diphthéritique qu'a présentée Royer, c'est le début de l'affection par une mortification en masse de l'amygdale. Celle-ci a subi une infiltration générale par l'exsudat diphthéritique et s'est nécrosée.

Virchow faisait la distinction des exsudats croupaux (superficiels) et des exsudats diphthéritiques (interstitiels). Quoique cette terminologie ne soit plus admise, le fait n'en est pas moins réel et nous pouvons donc dire que, chez Royer, il y a eu d'emblée exsudat interstitiel, c'est-à-dire infiltration de la muqueuse. C'est le propre d'une diphthérie maligne. De plus, la marche des fausses membranes a été rapide de haut en bas. Si la mort n'était pas survenue par asphyxie, il est probable que l'intoxication serait survenue, terminée par toxémie.

Vous savez que le bacille de la diphthérie, comme celui du choléra, n'entre pas dans le sang, mais le poison sécrété par le bacille y pénètre à mesure qu'il est sécrété à la surface des muqueuses. Ce poison peut être isolé du micr par le filtre Chamberland.

Ce n'est ni une ptomaïne, ni une diastase, mais une toxalbumine, c'est-à-dire une matière albuminoïde toxique (Brieger).

Le danger de la diphthérie réside, pour la plus grande part, dans la quantité de ce poison qui est résorbé. C'est lui qui produit les divers troubles viscéraux : la néphrite, les paralysies nerveuses, la paralysie du cœur.

La production du poison est sans doute proportionnelle à la virulence du microbe et sa résorption à l'étendue des fausses membranes. C'est pourquoi il y a indication à limiter leur propagation par les agents directs en badigeonnage. Parmi ces agents, le liquide de Gaucher ou celui de Chantemesse et Vidal occupent le premier rang. Théoriquement, on pourrait songer, pour éviter l'envahissement de l'arbre bronchique, à faire la trachéotomie hâtive avec tamponnement de la trachée. C'est ce qui avait été fait à l'empereur d'Allemagne pour empêcher la chute des produits septiques dans les bronches, résultat qui n'a pas été obtenu du reste. Il est probable que, dans une diphthérie, l'insuccès serait le même. Et de plus, qui oserait faire une trachéotomie précoce, alors que la fausse membrane est limitée strictement au pharynx, c'est-à-dire quand le larynx est tout à fait indemne? Pour le moment, je le répète, cette vue est purement théorique. Indépendamment du topique sus-indiqué (phénate de camphre), et des inhalations et pulvérisations dont l'utilité n'est pas contestable, ce sont, en somme, les toniques qui, jusqu'à ce qu'on ait trouvé l'antidote du poison ou le vaccin du microbe, font surtout les frais du traitement.

BIBLIOTHÈQUE

Questions d'hygiène sociale, par le docteur Jules Rochard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur. — Librairie Hachette, 1891.

Si l'on fait abstraction des intérêts cruellement impérieux qui naissent de « l'orgie sanglante qu'on appelle la guerre (*Michelet*) », « le premier de tous, ainsi que le dit l'auteur, c'est celui qui concerne la santé des populations. Il est étroitement lié du reste, ajoute-t-il, à leur bien-être moral et physique, car il n'est pas de problème social qui ne soit doublé d'une question d'hygiène ». Rien n'est plus vrai; aussi est-il permis de dire que le médecin — dans la complète et noble acception du mot — est le civilisateur de la société humaine; aucune civilisation n'est possible sans le médecin.

M. le docteur Rochard a publié, avec succès, un grand nombre de travaux relatifs à ce sujet de premier ordre. Mais, disséminés dans les conférences, les journaux et les revues, ils échappent en quelque sorte à l'attention générale. Aussi, a-t-il été bien inspiré, lorsqu'il s'est décidé à réunir dans un volume, dont on vient de lire le titre, plusieurs de ses plus utiles mémoires, en les mettant, selon le besoin, au courant des recherches les plus récentes.

La monographie du *rôle de l'alcool dans les sociétés modernes* est un tableau vigoureux et vrai des dangers que l'alcoolisme fait courir à la société, une argumentation bien faite pour imposer l'adoption des moyens proposés par l'auteur pour « atténuer les ravages causés par l'alcool ». *L'acclimatement dans les colonies françaises* est une question tout à fait à l'ordre du jour, qui ne peut avoir une solution heureuse et utile sans l'appui et la direction franchement acceptés de l'anthropologie et surtout de l'hygiène, et personne ne pouvait la traiter avec plus de compétence que l'éminent confrère qui a pu, avec les flottes françaises, visiter les contrées annexées, et dont les conseils — même les plus sévères en faisant éviter des fautes désastreuses — ne peuvent manquer de contribuer à entraîner dans une voie féconde l'administration de nos propriétés coloniales, ce qui d'ailleurs est grandement à désirer, car la France ne peut pas se passer de colonies, et le Français, habilement secondé par un gouvernement patriote et clairvoyant, ne le cède à aucun autre peuple pour les aptitudes colonisatrices. *L'hygiène des villes et les budgets municipaux* nous offrent une étude qui appelle et soutient vivement

la lecture par l'abondance et la précision des renseignements. Ce travail intéresse tous les citoyens; c'est notre vie courante, l'objet de nos conversations les plus fréquentes. On peut en dire autant du mémoire qui suit, *la maison de l'ouvrier*, que l'auteur a traité non seulement avec sa science de bon aloi et son intelligence, mais encore avec son cœur. Le chapitre consacré à *la douleur* est remarquablement intéressant. L'auteur y réfute les doctrines métaphysiques qui ont eu et qui ont encore cours sur ce sujet; et il a été amené à exposer les pratiques bienfaisantes que l'humanité doit à deux de ses bienfaiteurs, Pasteur et Lister, et dont les heureux résultats sont immenses, en particulier, pour la chirurgie, et aussi pour l'enfantement, qui d'ailleurs ne devrait jamais être une souffrance, ni le point de départ d'une déchéance physique, tout au contraire, car c'est en réalité la fonction sociale la plus méritoire. Le volume est terminé par l'exposé et la discussion de *la crémation* humaine. L'auteur n'est pas partisan de la coutume de brûler les morts. On ne voit pas trop ce qu'on pourrait opposer à sa réfutation parfaitement motivée.

Il faut lire cet excellent livre; il a pour cachet une éloquence entraînante par sa simplicité, et une clarté magnifique. — Dr G. Richelot père.

REVUE DES JOURNAUX

Recherche du bacille typhique dans les eaux, par M. Vincent (*Archives médicales belges*, 1890). — Jusqu'à présent la recherche du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau était une opération assez compliquée. M. Vincent vient de faire connaître un procédé qui, s'il est réellement bon, a le mérite de simplifier beaucoup cette opération.

Se basant, d'une part, sur la résistance de ce bacille à l'acide phénique et, de l'autre, sur la propriété qu'il possède de se multiplier à une haute température, M. Vincent ensemence avec 10 gouttes de l'eau suspecte un tube contenant 10 cc. de bouillon, additionné de 5 gouttes d'une solution d'acide phénique à 5 p. 100. On porte ensuite ce tube à l'étuve, à 42° C., et, dès que le bouillon commence à bouillir, on en ensemence un second tube, et ainsi de suite. En procédant ainsi, on détruit rapidement les microbes qui se trouvent dans l'eau avec le bacille typhique, et on arrive très rapidement à isoler celui-ci et à l'obtenir à l'état de pureté.

Il faut savoir toutefois que, sous l'influence de l'acide phénique, le bacille typhique perd une partie de ses caractères morphologiques, mais il les récupère dès qu'on le transporte dans un autre milieu. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 février 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance manuscrite* comprend une lettre de M. le docteur Jullien remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

La Société reçoit, outre les journaux et revues : le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 18e année, 2e sem., 1890; — les *Réflexions sur la prétendue curabilité de la tuberculose par la méthode du docteur Koch*, par le docteur Gérard Piogey. (Extrait des *Ann. de la Soc. clinique*, décembre 1890 et janvier 1891.)

— M. Abadie fait une communication *Sur les causes probables d'insuccès de la lymphe de Koch*. (Sera publiée.)

M. Dubuc : M. Abadie suppose qu'il y a une différence de nature dans les microbes suivant les organes où ils siègent. Les bactériologistes ne sont généralement pas de cet

avis; ils professent que le microbe est toujours et partout le même; que la différence tient aux différences de tissu. Ce qui semble leur donner raison, ce sont les inoculations; quel que soit l'organe où l'on prend le microbe que l'on inocule, le résultat est le même. M. Abadie dit aussi que la tuberculose des animaux n'est pas identique à celle de l'espèce humaine. Cependant M. Ollivier vient de rapporter à l'Académie de médecine l'histoire d'un pensionnat de Chartres où, depuis plusieurs années, un grand nombre d'élèves sont devenues tuberculeuses, sans qu'on pût en trouver l'explication jusqu'au jour où l'on découvrit que les élèves consommaient le lait d'une vache tuberculeuse. Une autre objection est que le remède de Koch n'a pas toujours une composition identique; mais Pasteur, qui, suivant M. Abadie, serait arrivé à une composition mathématiquement invariable du liquide qu'il injecte, a fait quelquefois des inoculations qui n'ont pas réussi, quoiqu'elles fussent faites dans des conditions irréprochables. Il faut remarquer encore que les tuberculoses locales se généralisent souvent, ce qui semble indiquer entre elles et la tuberculose généralisée une identité de nature. Je crois que les différences signalées par notre collègue doivent être expliquées par des conditions générales encore inconnues; il faut toujours en revenir aux foyers de réceptivité.

M. de Ranse : Je serais plutôt de l'avis de M. Abadie que de celui de M. Dubuc. Je crois que le même bacille peut, suivant les cas, suivant le terrain, provoquer des effets différents. D'après des expériences récentes, le même bacille, mais pris dans des milieux différents, a produit tantôt la fièvre typhoïde, tantôt le choléra nostras, tantôt l'angiocholite. Aussi, quand on voudra agir par des inoculations bacillaires sur la tuberculose pulmonaire, sera-t-il prudent de prendre le bacille dans une caverne pulmonaire. D'ailleurs, en admettant même l'identité absolue du microbe, quel que soit l'organe où on le trouve, cela ne voudrait pas dire que le bacille pris dans le poumon aura les mêmes effets que celui pris dans un autre organe : les propriétés pathogènes varient suivant le milieu.

M. Besnier : Je ferai remarquer que l'analogie entre les procédés de Toussaint et Pasteur et ceux de Koch n'est pas absolue. Toussaint et Pasteur emploient leurs inoculations comme préservatif, tandis que Koch prétend faire des siennes un traitement curatif. Il y a là, ce me semble, une différence radicale.

M. Abadie : Je répondrai à M. Dubuc qu'en matière si délicate, les causes d'erreur sont faciles. La preuve en est que, jusqu'à ces derniers temps, on croyait posséder des cultures pures du bacille de la tuberculose, mais c'était tout simplement de la tuberculose aviaire qui n'a pas les mêmes propriétés pathogènes que le bacille de la tuberculose humaine. Il y a fort peu de temps que ce dernier est réellement cultivé, par conséquent tous les travaux, toutes les expériences faites antérieurement sont à reviser.

Pour M. Dubuc, la preuve de l'identité du bacille des tuberculoses locales avec le bacille pulmonaire serait fournie par les nombreux cas de phthisie observés à la période ultime ou dans le cours des tuberculoses locales. Mais il me semble qu'on pourrait retourner l'argument et dire combien plus fréquente serait la phthisie pulmonaire chez les malades ayant des lésions bacillaires dans les autres organes, s'il y avait réellement identité. Au dernier Congrès de chirurgie, l'accord a été unanime pour proclamer les bons résultats fournis par l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses locales. Avant, on regardait ces malades comme des diathésiques et on n'osait pas y toucher. M. Besnier a formulé une objection plus sérieuse, en disant que, jusqu'ici, les inoculations de virus vaccin avaient été surtout faites à titre préventif, mais non curatif. Cela est vrai, mais néanmoins il est à supposer que, si l'inoculation est faite à une période très rapprochée du début de la maladie, elle peut être efficace. C'est ce qui a lieu pour le charbon et la rage entre le moment de l'introduction du virus dans l'économie et l'éclosion définitive des accidents mortels. Il y a un moment où, par les injections de virus vaccin, on peut donner au sérum sanguin des propriétés microbicides et arrêter net le développement des microbes.

M. Reliquet : Voilà, Messieurs, bien des hypothèses. Le bacille, jadis unique, devient multiple, les faits réputés vrais il y a deux ans sont remis en discussion aujourd'hui. Il me paraît difficile de conclure, et je crois qu'il est sage de réserver son jugement.

— La Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

De quelques nouvelles médications.

Le traitement de la paralysie infantile, par M. J. Simon (*La France médicale*).

Voici, exposé en grandes lignes, le traitement préconisé par le savant clinicien des Enfants-Malades, et tel qu'il résulte d'une intéressante clinique trop longue pour être reproduite.

Au début, révulsion sur la colonne vertébrale, en un point correspondant à l'origine des racines des nerfs paralysés. Employer pour cela les agents les moins douloureux.

En même temps, stimuler les fonctions générales de la peau par des bains d'eau chaude ou de vapeur donnés dans le lit de l'enfant.

Chloral, aconit, ciguë, pour calmer l'excitation nerveuse.

Après les huit premiers jours, c'est l'électrisation qui doit être la base du traitement.

Courants galvaniques faibles; au bras la plaque positive qu'on promène sur l'épaule, la plaque négative restant dans la cuvette où plonge la main. Ne pas dépasser huit à dix minutes. Plus tard, électricité faradique, et toujours avec la plus grande prudence.

Comme médicament : teinture de noix vomique, une goutte aux deux principaux repas. La diluer au besoin avec 9 gouttes de teinture de colombo, et prescrire 10 gouttes de ce mélange, pour éviter toute erreur.

Au bout de huit à dix jours, et même avant s'il survenait quelques accidents, remplacer par 1 milligramme d'arséniate de soude, et ainsi de suite en alternant.

Beaucoup plus tard, bains salés ou sulfureux.

En tout cas, le traitement étant fort long, ne jamais se décourager.

M. J. Simon ne parle pas du phosphure de zinc. Nous avons rapporté quelques observations de guérisons relativement rapides, quelques unes entre autres que nous avait adressées un ancien interne, médecin à Sainte-Livrade, et dont le nom nous échappe. C'est encore à essayer. — P. N.

FORMULAIRE

Poudre antidyspeptique. — Dujardin-Beaumetz.

Sous-nitrate de bismuth..................	ââ 10 grammes.
Magnésie anglaise.........................	
Craie préparée............................	
Phosphate de chaux........................	

Mêlez et divisez en 40 cachets. — Un cachet avant chaque repas, dans le cas de dyspepsie douloureuse et de gastralgie. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Toulouse. — *Projet de loi.* — On a distribué, le 19 février, à la Chambre, un projet de loi relatif aux crédits pour la Faculté de médecine de Toulouse. Voici le texte de ce projet :

Les conditions spécifiées dans les conventions du 8 décembre 1880 et du 6 juillet 1886, passées entre l'Etat et la ville de Toulouse, relativement à l'installation de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, créée par décret du 28 novembre 1878, sont aujourd'hui remplies; des bâtiments spéciaux ont été construits, leur aménagement répond aux besoins des divers services, et le budget nécessaire a été consenti par la ville.

La Faculté fonctionnera à partir du 16 mars 1891. Il est donc indispensable de pourvoir, dès cette date, aux dépenses tant du personnel que du matériel. Le montant de ces dépenses s'élèvera annuellement à 280,000 francs. Suivant les deux conventions de 1880 et de 1886 et la délibération du Conseil municipal, en date du 16 otobre 1890, la ville de Toulouse prend à sa charge la totalité des dépenses. Toutefois, il lui sera tenu compte des droits perçus par l'Etat et la ville versera la différence dans les caisses du Trésor public.

En résumé, le crédit ci-dessus est un crédit d'ordre, l'Etat devant être désintéressé par le produit des droits qu'il perçoit directement et par le versement que la ville de Toulouse s'est engagée à faire de l'excédent des dépenses sur les recettes.

Le crédit, afférent à l'exercice 1891, est calculé pour la période du 16 mars au 31 décembre, soit, sur le chiffre total de 280,000 francs, une somme de 221,677 francs. Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous soumettre le *projet de loi* ci-joint :

Le Président de la République française décrète : Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et par le ministre des finances, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier. — Il est ouvert au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts (1re section — service de l'instruction publique), en addition aux crédits ouverts par la loi de finances du 26 décembre 1890, un crédit supplémentaire de deux cent vingt et un mille six cent soixante-sept francs (221,667 fr.) à rattacher au chapitre 9 (Facultés dont les dépenses donnent lieu à comptes avec les villes) du budget de l'exercice 1891.

Article 2. — Il sera pourvu au crédit supplémentaire ci-dessus au moyen des ressources générales du budget ordinaire de l'exercice 1891.

Choix des professeurs. — Les journaux de médecine de Toulouse se préoccupent beaucoup, et avec raison, de l'organisation de la Faculté, du choix des professeurs. « L'on nous rapporte, dit à ce propos la *Gaz. des hôp. de Toulouse*, que M. le docteur Tranier, conseiller municipal, a posé sa candidature à la chaire de thérapeutique de la future Faculté de médecine de Toulouse. Les titres de notre confrère sont bien connus de tous. M. le docteur Tranier est un ancien interne des hôpitaux d'Oran : il a de plus publié dans des journaux, consumés depuis dans l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, d'intéressants travaux. Nous avons pu retrouver les titres de quelques-uns de ses mémoires : « De la proportion des anencéphales admis à l'Ecole polytechnique »; — « De la dilatation temporaire des canaux de Mars par les bougies Béniqué, etc. » « L'on sait, de plus, que notre distingué confrère a imaginé une loupe spéciale pour découvrir des poils sur les œufs et une machine très ingénieuse pour partager ces poils en quatre. »

(*Progrès médical.*)

— Le docteur H. Picard commencera le lundi 16 mars, à cinq heures, à sa clinique, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jardin (de Paris) et Réveilhe (de Nîmes).

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 mars 1891. — *Ordre du jour :* 1. Discussion sur le rapport de M. Desnos. — 2. Communications diverses.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

(Société de chirurgie, 4 mars 1891)

Par L.-G. RICHELOT.

Dans notre séance du 25 février, mon collègue Segond est venu préconiser l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations du petit bassin. Il nous a montré comment, en extirpant l'utérus par un ensemble de manœuvres qui diffère sensiblement de la même opération dirigée contre le cancer, on fait comme un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, on ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, on assure leur drainage et on favorise leur oblitération.

Je félicite M. Segond d'avoir rendu clair, positif, admissible, ce qui reposait jusqu'ici sur des assertions que personne d'entre nous n'avait contrôlées. Je le félicite de l'avoir fait dans la forme séduisante qu'il sait donner à toutes ses communications.

Maintenant, la question est de savoir dans quelle mesure nous devons nous laisser séduire.

Avant toute critique, je dirai que je ne suis pas suspect de vouloir repousser l'hystérectomie vaginale. Depuis les discussions assez vives qu'elle a soulevées à la Société de chirurgie, j'en ai poursuivi l'étude, et j'avoue que j'en suis resté partisan. Au cours de ces deux dernières années, je l'ai faite dix-huit fois sans aucune mortalité opératoire; il m'est donc bien difficile de ne pas la trouver bonne. Et puisque l'opération est bonne, je ne refuse pas d'en étendre les indications, et de l'appliquer à d'autres affections que le cancer utérin. C'est, d'ailleurs, ce que j'ai fait : j'ai utilisé l'hystérectomie vaginale contre les fibromes, les prolapsus, certaines formes de névralgies, etc. Je suis prêt à y ajouter maintenant les suppurations pelviennes.

Mais il me semble que M. Segond s'est laissé quelque peu entraîner. Ayant vu réussir l'hystérectomie vaginale dans des cas de suppurations graves où elle est bien indiquée, où nous allons presque tous tomber d'accord sur ses mérites, il n'hésite pas à la conseiller et à la faire dans d'autres cas; il l'étend même à des affections bénignes. Car il ne faut pas s'y tomper : notre collègue est venu nous parler du « traitement des suppurations pelviennes », mais il est aisé de découvrir sa pensée de derrière la tête; sa tendance visible est de substituer d'une façon générale — en cas de lésions

bilatérales — la castration utérine à la castration ovarienne. Examinons ses arguments.

Il s'est placé au double point de vue de la mortalité opératoire et de l'efficacité curative. Quant à la mortalité, il annonce quatre insuccès sur vingt-trois opérations. N'est-ce pas, à peu près, la mortalité que donne la pyo-salpingite traitée par la laparotomie? Les statistiques varient quelque peu : on a deux ou trois morts sur 25, 30 ou 40 opérées, suivant qu'on a rencontré par hasard des cas plus ou moins complexes, des femmes plus ou moins épuisées. La proportion arithmétique n'est pas toujours la même; cliniquement, nous sommes tous logés à la même enseigne. Pour ma part, sur 167 laparotomies que j'ai faites depuis deux ans pour lésions des annexes, hormis les grands kystes ovariens, j'ai eu 30 pyosalpinx, qui m'ont donné 4 décès.

M. Segond me dira-t-il que ses quatre cas étaient d'une gravité exceptionnelle : lésions étendues, femmes obèses, maigres, cachectiques? Je répondrai : nous aussi, nous ne perdons nos malades que dans ces mauvaises conditions. Dira-t-il que l'avenir doit améliorer sa statistique? Je ne le crois pas; car son premier échec est survenu à sa douzième opération, et certes il n'était pas alors plus maladroit qu'à son début. Prétendra-t-il qu'il y a des statistiques sans mortalité? Ici, je l'affirme : il n'y a pas de statistiques sans mortalité. Et croyez bien que je ne le dis pas à légère. Je causais dernièrement avec un médecin fort distingué qui exerce à Paris, et qui connaît, *de visu* et *de tactu*, les opérations dont il s'agit. Ce confrère me parlait ainsi : « Il y a des malades qui meurent de l'opération; il y en a d'autres qui ne guérissent pas. » Ces dernières continuent à souffrir, elles ont des tiraillements, des congestions, des poussées nouvelles de pelvi-péritonite, et cela parce qu'elles ont conservé des lambeaux de trompes déchirées, des fragments d'ovaires accolés à l'enceinte pelvienne, des adhérences intestinales.

M. Segond exagère, à mon avis, quand il dit qu'après la castration utérine les malades sont plus sûrement et plus radicalement guéries, parce que les annexes s'atrophient toujours; je viens de montrer qu'il y a des guérisons incomplètes. Il exagère aussi quand il prétend qu'après la castration ovarienne, il est fréquent de voir l'utérus rester en activité et nous obliger à un traitement consécutif, à un curage complémentaire. Il est vrai que, si on traite par une castration mal indiquée une métrite fongueuse, par exemple, qui d'emblée eût guéri par le curage, tantôt la métrite s'améliore, tantôt la lésion utérine résiste et vous oblige à la traiter pour son compte. Mais, dans les pyo-salpingites, l'utérus est presque toujours au second plan, et l'extirpation totale des poches purulentes amène une guérison parfaite.

Je ne voudrais pas revenir longuement sur un argument d'ordre secondaire qu'a fait valoir M. Segond, la cicatrice abdominale. En vérité, il ne nous arrive guère d'opérer des pyo-salpingites chez les jeunes filles à marier. En général, il s'agit de malades ayant eu des enfants, déformées et ne tenant guère à la beauté de leur ventre. Et même dans des cas plus simples et chez des jeunes femmes, jamais, je le déclare, je n'ai rencontré de ce chef la moindre résistance. J'en ai beaucoup vu et questionné sur leur cicatrice, plusieurs mois après mon intervention; aucune ne se trouve dépréciée par l'existence de ce léger défaut, par cette ligne de quelques centi-

mètres, — nous parlons des ablations d'annexes, — à peine visible au bout d'une année si la suture a été bien faite.

J'ai l'air d'attaquer, en ce moment, l'opération que M. Segond nous a recommandée. Est-ce à dire que je la condamne? Encore une fois, je n'y songe pas. Mais je pense qu'il faut faire des catégories et préciser les indications.

1° Dans un premier ordre de faits, je range les poches purulentes multiples, avec des plastrons durs, un magma d'adhérences intestinales au milieu duquel, après l'ouverture du ventre, il est difficile et dangereux de manœuvrer. Souvent, alors, on ne trouve pas les annexes, ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégâts à travers ce *processus fibreux* qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est périlleuse, ne mène souvent qu'à une opération incomplète, à un drainage insuffisant, et au choc traumatique. En pareil cas, faites l'hystérectomie vaginale par le procédé que nous a si bien décrit M. Segond, ouvrez par ce grand trou l'éponge purulente qui remplit la cavité pelvienne, faites ce « drainage idéal »; voilà, si je ne me trompe, la véritable indication de la méthode. Nous étions depuis quelque temps, sur ce chapitre, dans une période d'hésitation et de recherche; M. Segond nous a donné le *coup de pouce* qui va nous déterminer.

2° A l'extrême opposé, plaçons les cas plus légers, annexes peu malades, trompes épaisses ou hydrosalpinx, adhérences faciles à rompre. Alors, pourquoi l'hystérectomie vaginale? La laparotomie est toujours simple et heureuse. Elle n'a qu'un tort, c'est d'être devenue presque banale; l'hystérectomie, au contraire, a eu jusqu'ici, aura toujours quelque chose de plus mystérieux, de moins accessible. S'il y a des chirurgiens — et M. Segond n'en est pas — qui cherchent quelquefois « l'opération à faire » pour étonner leur auditoire, ils choisiront naturellement cette dernière.

Je reconnais, dans cette catégorie, certains cas particuliers. J'ai eu, dans le service de Terrier, à l'hôpital Bichat, une malade qui avait déjà subi plusieurs opérations, curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes incessantes, et qui souffrait toujours. Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni lésion appréciable des annexes, et sa douleur n'avait aucune localisation précise. Après avoir hésité, réfléchi, il me sembla que la castration ovarienne pourrait être insuffisante contre cette névralgie pelvienne *sine materiâ*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait; les organes étaient sains et mobiles; la malade, remise sur pieds, presque sans douleurs, resta nerveuse pendant quelques mois; puis toute souffrance disparut, elle retourna dans son pays, et tout récemment elle m'écrivait pour me dire que sa santé était parfaite et me demander la permission de se marier. J'ai publié l'observation en 1889.

Voilà un fait, après tout, bien exceptionnel. En général, nous enlevons des ovaires et des trompes nettement altérés; et la laparotomie est, en pareil cas, l'intervention la plus simple et entraînant la moindre somme de dangers.

3° Restent les cas de moyenne intensité : double salpingite purulente, sans gros plastrons ni adhérences rebelles. Ici encore la laparotomie nous donne les plus beaux résultats, avec les avantages d'une extirpation totale

assurée. Que dites-vous, pour ces cas-là? Vous recommandez d'enlever les annexes par la voie vaginale, si faire se peut, mais de ne rien tenter à l'aveugle, de ne pas tirer sur les adhérences au risque de déchirer l'intestin. Si quelque chose résiste, il faut ouvrir simplement et drainer. Vous faites alors une opération incomplète, vous êtes inférieur à nous.

Il y a là une question fort délicate, celle du diagnostic Si, après l'incision sus-pubienne, je tombe sur une collection tubaire tellement adhérente que je me vois forcé de la laisser dans le ventre et de la suturer à la paroi, je suis prêt à reconnaître qu'il aurait mieux valu enlever l'utérus et drainer par en bas. Or, prévoir le degré des adhérences et les difficultés de l'ablation totale est souvent chose difficile, rarement impossible; ce diagnostic, il faut nous ingénier à le faire, nous le faisons bien souvent, et il nous arrive couramment aujourd'hui d'aborder sans grandes appréhensions, après un diagnostic attentif, des ablations totales de pyosalpinx après lesquelles nos malades ne périclitent pas un instant.

Ce n'est pas seulement dans les salpingites purulentes que nous avons reconnu les avantages d'une extirpation complète. Il y a une question voisine, dans laquelle je ne veux pas entrer, celle des hématocèles pelviennes. Là aussi, on discute l'incision vaginale, la laparotomie, le simple drainage, l'extirpation. J'ai adopté cette dernière, et je pourrais vous citer une série de dix hématocèles pelviennes opérées depuis deux ans, dans lesquelles j'ai fait la grande laparotomie, l'ablation des caillots à pleines mains et, de plus, l'extirpation des annexes qui sont l'origine du sang épanché, ovaires en lambeaux, trompes dilatées et flexueuses, crevées dans le péritoine. Toutes sont parfaitement guéries. Rappelez-vous, au contraire, le pronostic médiocre des hématocèles simplement ponctionnées, ces poches longtemps fistuleuses, ces tumeurs fibrineuses éternellement dures, avec des pesanteurs, des congestions et des poussées de pelvi-péritonite.

L'avantage des opérations complètes me paraît tel que j'adopterais volontiers la formule suivante : il faut tout sacrifier, sauf la vie de la femme, à l'extirpation totale des lésions.

Telle est, Messieurs, mon opinion actuelle. Je dis actuelle, parce que j'estime que, dans notre art, il faut savoir changer d'opinion; ne disons jamais : « Fontaine, je ne boirai pas de ton eau. » Et je me plais à reconnaître que mon ami Segond est de ceux qui savent, à l'occasion, entraîner les gens à venir boire à leur fontaine.

De l'extirpation du rectum par la voie sacrée.

Par L.-G. Richelot.

Quand nous avons discuté, l'année dernière, sur les avantages de la méthode de Kraske (1), j'ai émis l'opinion qu'elle était bonne seulement pour les cancers franchement opérables, et qu'il fallait en rester, pour les autres, aux opérations palliatives connues, telles que l'anus iliaque.

On a plus d'une fois, en Allemagne, attaqué par la résection du coccyx et d'une partie du sacrum des cancers envahissants, inabordables, et c'est pour ce motif, sans nul doute, que certains relevés accusent une morta-

(1) Société de chirurgie, 21 et 28 mai 1890.

lité sérieuse. J'estime cependant, pour ma part, que la mortalité doit être nulle ou insignifiante quand l'opération est faite dans des conditions acceptables, et cela d'autant mieux que c'est une opération à ciel ouvert, dans laquelle le chirurgien voit ce qu'il fait, sait où il va, assure commodément l'hémostase et l'antisepsie, et ne fait rien à l'aveugle comme il nous arrivait quelquefois avec la méthode périnéale.

Si la voie sacrée n'avait d'autre mérite que de tenter l'audace des chirurgiens qui aiment les grands délabrements, qui veulent aller toujours plus loin et se montrer toujours plus forts, elle devrait être accueillie avec beaucoup de réserve. Si elle permettait seulement d'oser des interventions palliatives dangereuses contre les cancers « inopérables », elle aurait la valeur très limitée de la plupart des opérations de cet ordre, qu'il s'agisse du rectum, de l'utérus ou de la langue.

Mais si, au contraire, on l'applique aux tumeurs « opérables », à celles qui peuvent être enlevées en totalité, alors sa supériorité est incontestable. Voyons un peu comment les choses se passent. L'incision commence sur la ligne médiane au-dessous du coccyx, et aboutit vers la partie moyenne du sacrum en s'inclinant légèrement à gauche. Enucléez le coccyx en le serrant de près; abattez avec la pince coupante un fragment latéral gauche du sacrum, d'abord minime, quitte à élargir la brèche s'il vous faut plus d'espace. N'ayez pas autrement souci des mesures, des points de repère et des sous-procédés. Alors, à travers le tissu cellulaire, allez droit au rectum, en liant les vaisseaux qui sont nombreux et quelque peu gênants. La tumeur est explorée à travers la paroi rectale, ses limites reconnues avec le doigt; l'intestin ouvert, toutes les parties malades sont enlevées par fragments, séparées avec soin de la prostate ou de la paroi vaginale, poursuivies, réséquées en totalité; l'hémostase est facile et complète; le péritoine est épargné, ouvert par mégarde ou de propos délibéré, puis fermé par quelque points de suture; enfin le bout supérieur de l'intestin est abaissé, cousu à l'inférieur, et la plaie réunie avec ou sans drainage. L'opération est minutieuse et dure communément deux heures, mais elle offre une aussi grande précision qu'on peut l'exiger.

Ce tableau succinct ne laisse-t-il pas loin derrière lui les opérations aveugles que nous faisions par la région périnéale? Celles-ci n'étaient réellement bonnes que pour les cancers inférieurs et très limités, qu'on pouvait dépasser largement, pour attirer ensuite le bout supérieur de l'intestin et le souder à l'anus; j'en ai deux exemples, jusqu'ici très heureux, avec guérison persistante et sans récidive depuis onze et dix-neuf mois. Pour les tumeurs à siège élevé, il fallait ou s'abstenir, ou faire une opération dangereuse, incomplète, et produire de grands désordres. Quand j'ai dit quelques mots, à la Société de chirurgie, en faveur de l'opération de Kraske, je venais d'extirper un cancer annulaire, circonscrit et mobile, mais très haut situé; j'avais été frappé des avantages de la méthode nouvelle pour les cas de ce genre, et je les traduisais ainsi : « Opérer plus à l'aise, épargner le sang, être sûr de ne pas ouvrir le péritoine ou ne l'ouvrir qu'à bon escient, enfin et surtout, conserver le sphincter. » En effet, c'est un point capital de pouvoir épargner le sphincter externe, de n'avoir ni rétrécissement ni incontinence, de guérir son malade sans infirmité. Aujourd'hui, j'ai la même opinion, mais un peu plus d'expérience, et ayant fait l'opération plusieurs fois, je puis montrer, avec faits à l'appui, quels services nous devons en attendre. Les voici d'abord en abrégé :

1° Disséquer méthodiquement les cancers très haut situés, en conservant la région sphinctérienne;

2° Enlever complètement des cancers nettement circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri;

3° Conserver tout ou partie du sphincter externe, même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas;

4° Eviter la formation d'un « cloaque », dans les cancers de la paroi recto-vaginale;

5° Attaquer les récidives encore limitées, et donner aux malades une dernière chance de salut;

6° Enfin, rendre plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques.

Les exemples que je vais citer ne sont que la paraphrase de ces propositions.

I. — M. M..., 68 ans, a consulté depuis six mois plusieurs médecins pour de petits écoulements sanguins par l'anus; on lui a parlé d'hémorrhoïdes internes. Le docteur Landowski trouve un cancer du rectum et m'adresse le malade.

La région anale est parfaitement saine, ainsi que le rectum, dans une assez grande hauteur; puis le doigt rencontre un cancer annulaire, n'épargnant qu'une petite bande de muqueuse sur la paroi postérieure, et peu étendu verticalement, car en poussant davantage on atteint le bord supérieur du néoplasme et on le fait descendre un peu en l'accrochant avec la pulpe du doigt, grâce à sa mobilité, à la souplesse et au manque d'adhérences morbides de la paroi rectale avec les organes voisins.

Dans ces conditions, je pourrais attirer la tumeur et dépasser ses limites en extirpant le rectum par les procédés classiques. Mais quel dommage de sacrifier la région anale pour un cancer situé bien au-dessus d'elle; de faire une opération très incommode et forcément aveugle à une si grande hauteur, sans être sûr de pouvoir attirer le bout supérieur de l'intestin pour le réunir à la peau! En abordant le mal par la voie sacrée, j'éviterai tous ces inconvénients.

Opération le 27 mai, avec les docteurs Landowski, Verchère et Arrivot. Pour traitement préalable, j'ai prescrit une purgation l'avant-veille, suivie de plusieurs lavements boriqués; mais je n'ai pas cherché l'antisepsie intestinale par le naphtol ou le régime lacté.

L'incision étant faite comme je l'ai indiqué plus haut, j'enlève le coccyx, puis je fais sauter un fragment oblique du sacrum. Alors, agissant tout à mon aise dans cette large brèche et isolant peu à peu le rectum, je reconnais les limites du néoplasme, je dénude l'intestin au-dessus de lui en refoulant le péritoine, puisque la tumeur est assez limitée pour que je n'aie pas besoin de l'ouvrir de parti pris. J'y fais cependant un accroc par mégarde, et je le ferme provisoirement avec une pince. Puis mon doigt déchire le tissu cancéreux et pénètre dans la cavité intestinale; l'ouverture agrandie, j'achève de contourner le bout supérieur en avant, et je le sépare de l'inférieur par un coup de ciseaux porté bien au-dessus du cancer. Ensuite, j'isole le bout inférieur qui supporte la plus grande partie du néoplasme, je le sépare attentivement, et non sans difficulté, des organes

situés en avant, vessie, prostate, vésicules séminales; enfin, je coupe l'intestin au-dessous des tissus morbides.

Pendant tout ce temps, j'ai rencontré et pincé beaucoup d'artères hémorrhoïdales. Le bout supérieur n'a donné ni matières ni gaz; la muqueuse, grâce aux seuls lavements boriqués, ne présente pas la moindre souillure.

Plusieurs ligatures faites, et le péritoine fermé par un catgut, je commence à réunir les deux bouts de l'intestin par des fils de soie, puis, avant de le fermer complètement, j'introduis dans sa cavité un gros drain entouré de gaze iodoformée, de manière à tamponner le rectum, à protéger la suture et à favoriser la réunion immédiate, tout en laissant passer les gaz.

La suture circulaire étant achevée, je réunis les téguments par des crins de Florence, après avoir placé dans le tissu cellulaire, de chaque côté du rectum, un drain qui sort par la partie moyenne de la plaie; précaution fort inutile que j'abandonnerai plus tard.

Les suites de cette opération, qui avait duré deux heures, furent des plus simples. Je n'insiste pas sur les détails, ablation du tube, des crins de Florence, etc. Le septième jour, il y eut une poussée de matières intestinales qui fit céder quelques points de la suture en arrière, et produisit une fistule stercorale; accident noté dans beaucoup d'observations, et qui n'a pas grande importance, car la fistule guérit toute seule. Ici, cependant, la cure spontanée n'eut pas lieu. Le malade quitta la rue Oudinot en très bon état, mangeant et digérant bien, au bout d'un mois. Au toucher, le rectum était bien calibré, large au niveau de la suture; le doigt trouvait seulement en arrière une petite dépression marquant l'orifice interne du trajet fistuleux, déjà fort rétréci. Puis, les choses restèrent en l'état; il y eut quelques douleurs, l'orifice anormal s'agrandit, et à diverses reprises les matières suivirent le trajet fistuleux. Après un séjour du malade à la campagne, je constatai en octobre une récidive dans le bout inférieur, et, comme de juste, un rétrécissement néoplastique empêchant le cours des matières et obligeant la fistule à fonctionner indéfiniment comme un anus artificiel. M. M... est encore en bon état, et croit à un rétrécissement cicatriciel qu'on pourra un jour dilater ou sectionner.

Tel est mon premier cas. Il répond à la première des propositions que j'ai formulées plus haut : *Disséquer méthodiquement les cancers très haut situés, en conservant la région sphinctérienne.*

Mais la précocité de la récidive m'a fait penser que je ne m'étais pas donné assez de jour du côté du bout inférieur, et que j'aurais eu avantage à fendre le rectum en arrière jusqu'à l'anus inclusivement, pour ouvrir largement l'intestin et mettre en pleine lumière les parties à enlever. J'en aurais été quitte pour reconstituer l'anneau sphinctérien par la suture. J'ai donné suite à cette idée, comme on le verra, chez mes autres malades.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'Albuminate de fer et de manganèse soluble.

Pourquoi cette association du fer et du manganèse? Quelles raisons nous indiquent qu'il faut donner la préférence à un albuminate?

Nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Pidoux, Constantin Paul, et tant d'autres, ont pris bien avant nous la peine de répondre à la première question. Après avoir

étudié le rôle important que le fer joue dans l'organisme et l'avoir établi d'une façon si magistrale et si vraie que ces connaissances sont passées maintenant dans le domaine public, ils n'ont pas laissé dans l'ombre les propriétés du manganèse et sa présence dans l'économie : « Si les propriétés du manganèse se rapprochent de celles du fer, « dans le minerai duquel on le rencontre presque toujours, les propriétés thérapeu- « tiques de cet agent semblent de même analogues à celles du fer auquel la nature l'a « presque toujours uni. »

Déjà, en 1847, M. Millon annonçait à l'Institut que le sang de l'homme contient presque toujours du manganèse, et que la proportion du fer et de ce métal y est assez forte pour qu'on puisse les doser par les méthodes d'analyse habituelles; et, en 1850, le docteur Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, enseignait que là où le fer échoue, les préparations ferro-manganiques réussissent, et que nombre de préparations martiales doivent un supplément d'activité à la présence fortuite du manganèse.

Et, d'ailleurs, n'est-ce pas presque toujours sous la forme de sels ferro-manganiques que les plantes absorbent le fer que l'alimentation végétale fait ensuite passer en nous?

Les découvertes scientifiques, arrivées dans cet ordre d'idées presque à la perfection, la nature elle-même, tout nous avait démontré quel immense avantage on devait retirer de cette heureuse association du fer et du manganèse, que nous avons présentée sous la forme d'albuminate de fer et de manganèse.

En effet, pour être très connus, ces avantages n'en paraissaient pas moins avoir été négligés par le corps médical, personne ne s'étant trouvé, parmi les chimistes, pour mettre à sa disposition un albuminate de fer et de manganèse soluble, facile à employer, et permettant d'éviter les inconvénients d'un grand nombre de préparations ferrugineuses qui se traduisent du côté du tube digestif par l'anorexie, les pesanteurs d'estomac, la constipation quelquefois opiniâtre, et quelquefois alternant avec de la diarrhée.

C'est pour combler cette lacune que M. Trouette, pharmacien à Paris, a été amené, par ses recherches, à profiter de la propriété qu'a l'albumine de former, avec le fer et le manganèse, un albuminate soluble.

Il en a fait des dragées de « Fer Trouette », à base d'albuminate de fer et de manganèse. Ces dragées n'empruntent, par conséquent, pas aux liquides de l'estomac aucun de ses éléments pour se dissoudre et ne troublent aucune de ses fonctions. Il est donc facile de comprendre pourquoi cette préparation est des plus assimilables; c'est ce qui explique la grande faveur avec laquelle ce produit a été accueilli par l'unanimité des médecins, qui n'ont eu à enregistrer que des succès obtenus par son emploi dans toutes les maladies où les ferrugineux sont indiqués, l'anémie, la chlorose, la faiblesse, l'appauvrissement du sang, les menstruations difficiles, l'épuisement, la croissance des enfants, la formation des jeunes filles et des jeunes gens.

Il a choisi la forme de dragées pour avoir un médicament facile à prendre, bien accepté par les malades, et de bonne conservation. On doit prescrire, au milieu de chaque repas, de deux à six « Dragées de Fer Trouette », suivant l'âge du malade, deux pour les enfants, quatre pour les adolescents, six pour les adultes, chaque dragée contenant un centigramme et demi d'albuminate soluble immédiatement assimilable.

Effets thérapeutiques de la Créosote de Hêtre associée au Baume de Tolu et au Goudron de Norwége.

La *Créosote de Hêtre* a été découverte par Reichenbach, chimiste, de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρεας, chair, et σωζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La Créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la Créosote en révèle naturellement les propriétés; elle coagule l'albumine, et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le Baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce Baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatarrhales très énergiques.

De toute antiquité, les Baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthinés.

Le Baume de Tolu, dont la découverte remonte au-delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du laryux produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de Baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum lentâ phthisi (quæ quidem, sunt frequentissimæ phthisies), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du Baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le Goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le Goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie, par l'action du feu sur la résine; il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le Goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine; mais, comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de Goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nombreuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Lahens, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêtés à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit conteuir :

5 centigrammes de Créosote pure de Hêtre;
7 centigrammes 1/2 de Goudron purifié de Norwège;
7 centigrammes 1/2 de Baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur **Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret**, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans les cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

On doit prendre ces capsules en mangeant, moitié au déjeuner et moitié au dîner.

Lorsque les **Gouttes Livoniennes** auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

Dr E. Lasniée.

Ces capsules, appelées par leur auteur **Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret**, doivent être employées aux doses suivantes :

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Sommaire : Contribution à l'étude de l'aphasie.

M. Déjérine a communiqué deux faits fort intéressants relatifs à l'étude de l'aphasie motrice sous-corticale et à la localisation cérébrale des centres laryngés.

On connaît bien la forme clinique d'aphasie motrice qui correspond à la destruction de la circonvolution de Broca, mais on connaît beaucoup moins la forme qui dépend de la destruction des fibres sous-jacentes à cette circonvolution. Lichtheim, il y a quelques années (1885), a tracé les caractères cliniques de cette forme d'aphasie motrice, à laquelle il a donné le nom d'aphasie motrice sous-corticale. Ces caractères sont les suivants d'après cet auteur : le langage spontané, la parole en écho, la lecture à haute voix sont abolis. Par contre, il y a conservation de : 1° la compréhension de la lecture; 2° la faculté d'écrire spontanément, sous dictée et de copier. Enfin, et c'est là le caractère le plus important de cette forme, les images motrices d'articulation étant conservées, le malade peut indiquer avec ses doigts ou en serrant la main de l'observateur le nombre de syllabes qui contiennent les mots qu'il peut prononcer.

Après avoir donné ses deux observations, M. Déjerine en dégage deux faits: 1° L'existence d'une aphasie motrice par lésion de la substance blanche sous-jacente à la circonvolution de Broca, aphasie motrice sous-corticale, pouvant être reconnue pendant la vie, parce que, dans ce cas, les images motrices vocales sont conservées; 2° l'existence d'une paralysie de la corde vocale droite relevant également de lésions cérébrales.

Les deux malades avaient conservé intactes leurs images motrices d'articulation, car ils faisaient autant d'efforts d'expiration et indiquaient avec leurs doigts le nombre de syllabes que contenaient les mots qu'ils ne pouvaient prononcer. Ce n'était pas à une paralysie des muscles de la langue et des lèvres qu'était due leur impossibilité de parler, puisque ces muscles se contractaient comme à l'état normal, pour toutes les fonctions autres que de parler à haute voix. Ce n'était pas également à la paralysie de la corde vocale droite, qu'étaient dus ces phénomènes, car ce que l'on observe du côté de la voix dans ce dernier ordre de faits consiste seulement en une altération de son timbre. L'aphasie, dans ces deux cas, relevait certainement de la rupture des fibres qui relient la circonvolution de Broca aux noyaux bulbaires et qui sont destinées à actionner ces noyaux dans le mécanisme du langage. La paralysie laryngée unilatérale est venue en outre, pour sa part, contribuer à la production du symptôme aphasie, en entravant la phonation. Mais ce n'est là qu'un épiphénomène, qu'une complication, due à une lésion sous-corticale à localisation spéciale.

La localisation corticale des nerfs du larynx est encore, chez l'homme, très incomplètement connue. Horsley et Semon sont récemment arrivés à des résultats très importants dans ce domaine. Expérimentant sur le singe, ils ont constaté qu'il fallait distinguer, dans

les nerfs laryngés au point de vue de leurs centres corticaux, les nerfs respiratoires des nerfs phonateurs proprement dits. Les premiers innervant le crico-aryténoïdien postérieur rentrent dans les nerfs à fonction organique et ne possédent pas de centres dans le cerveau. Les nerfs phonateurs, au contraire, ont un centre cortical siégeant dans une zone qui occupe, chez le singe, le pied de la circonvolution frontale ascendante, immédiatement en arrière de l'extrémité inférieure du sillon précentral. La partie la plus antérieure de cette zone contient un centre dont l'excitation détermine l'adduction des cordes vocales et ce centre se continue insensiblement en arrière avec le centre des mouvements du pharynx.

Dans les deux observations qu'a rapportées M. Déjérine, la paralysie de la corde vocale droite relevait d'une lésion sous-corticale, correspondant exactement à la région indiquée chez le singe par Horsley et Semon comme étant le centre cortical des muscles phonateurs. Dans la première observation, il existait un foyer isolé sous-cortical, correspondant au pied d'insertion de la troisième frontale sur la frontale ascendante, et empiétant davantage sur le pied de cette dernière que sur celui de la précédente. Dans l'observation II, il existait également un foyer qui avait détruit à la fois et le pied de la circonvolution de Broca et le pied des circonvolutions frontale et pariétas, ascendantes.

Les deux observations prouvent qu'il existe, chez l'homme, un centre localisé pour les mouvements intrinsèques du larynx, et l'absence de dyspnée inspiratrice chez les deux malades prouve que, conformément à l'opinion de Horsley et Semon, ce centre est un centre phonateur.

En résumé les faits qu'a rapportés M. Déjerine montrent que l'aphasie motrice sous-corticale peut, dans certains cas, s'accompagner de paralysie de la corde vocale droite, car le centre des images motrices vocales est assez rapproché du centre des muscles phonateurs. Mais il s'agit là d'une coïncidence, et il n'existe pas une corrélation nécessaire entre les altérations de ces différents centres. M. Déjerine ajoute en terminant que, en dehors de ce qui touche à la question de l'aphasie motrice proprement dite, ses deux faits sont des exemples très purs de paralysie unilatérale des muscles phonateurs relevant d'une lésion cérébrale limitée et sans complication de paralysie des muscles des lèvres, de la langue et du voile du palais.

De quelques nouvelles médications.

La cocaïne et l'antipyrine contre les vomissements incoercibles, par E. Stuver (*Journal de méd. de Paris*).

Les formules suivantes ont été employées avec succès contre les vomissements de la grossesse et contre les gastralgies aiguës.

Cocaïne	0 gr. 10.
Antipyrine	1 gramme.
Eau distillée	90 grammes.

M. d. s. — A prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures ou toutes les heures.
Le même auteur recommande comme anesthésique locale la solution suivante :

Cocaïne	5 grammes.
Antipyrine	15 —
Eau distillée	80 —

M. d. s. — A appliquer sur les parties à opérer. Pour l'extraction des dents, il faut laisser en contact les gencives, pendant quinze minutes, avec cette solution, et pulvériser de l'éther sur les méats auditifs externes; l'opération devient alors presque indolore. — P. N.

Traitement du coryza (*Gazette méd. de Liège*).

On introduit dans les fosses nasales un petit tampon d'ouate antiseptique préalablement imprégné de la solution suivante :

Eau distillée......................	50 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne...........	1 gramme.

L'application est renouvelée deux fois par jour; au bout de vingt minutes, elle fait cesser l'éternuement ainsi que la douleur, la respiration se rétablit peu à peu; la muqueuse se décongestionne; enfin, la céphalée frontale et l'enchifrènement disparaissent complètement. Cette médication serait toujours rapidement couronnée de succès.

P. N.

FORMULAIRE

POMMADE PARASITICIDE.

Acide salicylique..........................	3 grammes.
Borate de soude............................	1 gramme.
Baume du Pérou.............................	2 grammes.
Essence éthérée d'anis.....................	5 gouttes.
Essence de bergamotte......................	20 —
Vaseline...................................	20 grammes.

F. s. a. une pommade, qui agit efficacement non seulement contre les pédiculi, mais encore contre le favus de la teigne. — N. G.

COURRIER

LES HÔPITAUX AU TONKIN. — L'hôpital actuel de Haïphong, dit le *Temps*, construit en 1885 sur les bords du Cua-Cam, est des mieux installés; il vient en seconde ligne après celui de Quan-Yen, où les lits sont plus nombreux. Deux pavillons principaux, portant les noms des docteurs Borius et Zuber, morts à la peine, il y a cinq ans, reçoivent les sous-officiers ou assimilés et les soldats; un troisième pavillon plus petit est destiné aux officiers. Les autres constructions, éparpillées dans le jardin qui s'étend autour, et où l'on cultive pour les malades les légumes les plus variés, servent de logements aux sœurs de Saint-Paul de Chartres et aux infirmiers; à l'extrémité sont les cuisines. M. le docteur Breton, le médecin en chef actuel, est un ancien Cochinchinois. Il appartient à cette catégorie de médecins dont le dévouement est connu de tous ceux qui ont habité les colonies; ses collaborateurs sont MM. Brient et Simond; 5 sœurs assurent le service. Dans les cuisines, la propreté est irréprochable. Le jour où les ressources budgétaires permettront d'édifier un hôpital à Hanoï, en remplacement des vieux magasins à riz où sont entassés les malades, et où l'on pourra agencer comme il convient les ambulances dans les principaux postes, on sera organisé pour combattre les épidémies.

(*Progrès médical.*)

L'HYPNOTISME D'APRÈS LES AVOCATS. — La conférence des avocats de Paris a discuté la question ci-dessous : « L'individu non médecin, qui se livre sur un tiers à des expériences hypnotiques, peut-il être poursuivi pour exercice illégal de la médecine! » La conférence a adopté l'affirmative.

VACCINATION EN EGYPTE. — Par décret du khédive, la vaccination des enfants est obligatoire pour toute l'Egypte. Tout enfant doit être vacciné trois mois après sa naissance.

(*Bull. méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

De l'extirpation du rectum par la voie sacrée (1).

Par L.-G. Richelot.

II. — Mme Y..., 59 ans, est une femme grasse et d'apparence robuste. Elle éprouve depuis dix à douze mois un seul et unique symptôme : un peu d'écoulement sanguin par l'anus avec les garde-robes. Elle n'a, d'ailleurs, ni souffrances, ni constipation, ni diarrhée, ni amaigrissement; mais ses petites hémorrhagies lui donnent de vives inquiétudes. Elle a consulté plusieurs médecins; aucun n'a eu l'idée de pratiquer le toucher rectal.

Je trouve, en l'examinant, une plaque épaisse de cancer ulcéré occupant la paroi antérieure du rectum, empiétant sur les parois latérales, surtout à gauche, laissant indemne la paroi postérieure, descendant jusqu'à l'anus sans paraître au dehors, et montant assez haut pour que le doigt n'arrive pas à contourner le bourrelet supérieur du néoplasme. La cloison recto-vaginale est bombée en avant, indurée dans toute son étendue, et jusque dans le cul-de-sac postérieur; mais la muqueuse vaginale est intacte.

En présence d'une telle situation, les procédés classiques ne me donnent qu'un parti à prendre : réséquer largement la cloison recto-vaginale, emporter toute la moitié antérieure de l'anus, et créer un vaste cloaque. De plus, comme je sens que la tumeur dépasse le cul-de-sac vaginal postérieur, je suis bien sûr de ne pouvoir tout enlever sans ouvrir le péritoine, et sans l'ouvrir à l'aveugle; et je ne saurai pas, même au prix de ce danger, si je n'ai pas laissé dans les profondeurs de la plaie quelque traînée cancéreuse inaperçue.

Ce programme, je l'avoue, ne me dit rien qui vaille; mais, fort heureusement, la méthode de Kraske me permet de concevoir un plan tout autre, et qui me séduit beaucoup plus. J'inciserai en arrière, je fendrai du haut en bas la paroi postérieure du rectum, y compris le sphincter anal, et ouvrant largement l'intestin, j'aurai devant moi la cloison recto-vaginale. Je pourrai alors, grâce à la résection partielle du sacrum, atteindre la limite supérieure du mal, en ouvrant le péritoine à bon escient; enlever progressivement la paroi antérieure du rectum, en amincissant la cloison sans la perforer; poursuivre la dissection au niveau de l'anus en tâchant de ne supprimer que la paroi intestinale et de respecter le sphincter externe, s'il n'est pas envahi; enfin, suturer la section longitudinale du rectum et reconstituer la circonférence de l'anus.

Ce projet conçu, je fais préparer la malade par une purgation et quelques

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

lavements boriqués, sans grandes recherches d'antisepsie intestinale, et j'opère le 29 juin 1890, avec l'aide de MM. Petit, Sutherland et Arrivot. Incision postérieure commençant à la marge de l'anus, ablation du coccyx, résection latérale d'un fragment du sacrum, pincement des vaisseaux, tels sont les temps préliminaires. Puis, ayant l'intestin sous les yeux, je l'incise verticalement avec des ciseaux, jusque sous le péritoine; je l'ouvre, et la plaque cancéreuse apparaît dans toute son étendue. En introduisant plusieurs doigts dans le vagin, je la prends, la soulève et l'étale tout à mon aise, de manière à l'explorer dans tous ses détails et à bien reconnaître sa limite supérieure, très élevée.

J'attaque la tumeur immédiatement au-dessus de l'anus, et latéralement. Je la circonscris et la sépare du vagin, avec les doigts ou à petits coups de ciseaux; la séparation n'est pas très difficile, car le cancer n'infiltre que la paroi du rectum. La cloison se dédouble ainsi peu à peu, tandis que mes doigts, placés dans le vagin, apprécient l'épaisseur des tissus et dirigent la manœuvre; il reste en fin de compte une mince paroi vaginale qui paraît saine. Je procède ainsi dans la hauteur de 4 ou 5 centimètres, et j'enlève la partie inférieure du néoplasme. Remarque importante : j'ai disséqué le cylindre intestinal jusqu'à la marge de l'anus, et je l'ai séparé du sphincter externe aussi bien que de la paroi vaginale.

Le champ opératoire étant ainsi déblayé, j'attaque la partie supérieure du cancer. Je l'attire en bas, je la saisis entre deux doigts poussés haut dans le vagin et le pouce appliqué sur le bourrelet supérieur de l'ulcération, si bien que le bistouri peut inciser transversalement la muqueuse au-dessus du bourrelet. La paroi intestinale entamée à ce niveau, et la main gauche tenant toujours la tumeur, l'index de la main droite va contourner et décoller peu à peu, non sans l'aide de quelques coups de ciseaux, un prolongement cancéreux mousse, arrondi, qui dépasse l'ulcère, monte sous le péritoine et paraît nettement circonscrit. Pendant cette manœuvre, je ne puis manquer de faire à la séreuse une large brèche, que je ferme avec deux pinces hémostatiques. Pour terminer, je n'ai plus qu'à détacher la tumeur du vagin, à la hauteur du col de l'utérus.

Chemin faisant, j'ai rencontré un certain nombre d'artères et mis plusieurs pinces. J'examine la région en détail, j'enlève quelques lobules suspects, ne laissant partout que des tissus fibreux ou cellulo-adipeux d'apparence normale. J'enlève plusieurs pinces, je fais quelques ligatures au catgut, et j'ai finalement sous les yeux un champ opératoire très simplifié : la paroi antérieure du rectum est remplacée par la surface postérieure du vagin, et tout en haut par le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il y a là une sorte d'excavation sous la séreuse mince et transparente, dont la brèche est toujours fermée par deux pinces; dans la même région, deux autres pinces sont à demeure sur des artérioles. Alors, je dispose quelques tampons iodoformés, sans bourrer l'excavation, pour doubler le péritoine et protéger la brèche contre les liquides et les gaz. Enfin, je réunis par une suture au catgut l'incision verticale du rectum, y compris l'anneau sphinctérien; les fils des tampons, les branches des quatre pinces, un gros drain pour les gaz traversent l'anus; des crins de Florence réunissent la peau et l'énorme couche adipeuse, laissant place à un petit tube que je dispose verticalement derrière le rectum.

L'opération a duré deux heures un quart; le chloroforme a été parfaitement supporté. Le soir, t. 37°. Le lendemain, 30 juin, t. 36°8 le matin et

38° le soir. Le 1er juillet, ablation des pinces et du petit tube; les gaz traversent le gros drain, qui est retiré à son tour le 4 juillet, avec les tampons. Tout marche à souhait; la malade, lourde et grasse, se plaint de son immobilité, mais des soins attentifs l'aident à traverser les ennuis de la première semaine. Il faut encore noter une minime suppuration qui se montre au niveau de quelques fils; mais la réunion n'en est pas moins complète. L'anus fonctionne, les forces reviennent; la malade se lève le 15 juillet, et le 28, en l'examinant, je trouve une cicatrice parfaite; à l'intérieur, aucune trace de plaie, paroi souple comme s'il y avait partout une muqueuse normale, sans inégalités, orifice vaginal et sphincter intacts. Ajoutons que ce bon résultat ne s'est pas démenti, et que Mme Y... est toujours en parfaite santé. J'ai oublié de dire qu'elle a un gros fibrome abdominal, mobile, qui n'a jamais amené de métrorrhagies et qu'elle a toujours bien supporté; depuis longtemps elle n'y pense plus, et l'ayant reconnu dès mon premier examen, je l'ai considéré comme une « quantité négligeable ».

J'avoue que je n'abordais pas cette opération sans une certaine crainte. Mais quand elle fut finie, et malgré la peine qu'elle m'avait donnée, je dus proclamer les avantages de la méthode sacrée. Elle seule, en effet, m'avait permis de reconnaître et d'atteindre avec sécurité le prolongement supérieur du néoplasme; elle seule avait rendu opérable un cancer que j'aurais pu croire inaccessible, et qu'il eût été bien fâcheux de laisser en place ou de réséquer partiellement, puisqu'il avait des limites précises. Elle nous conduit donc, comme le dit ma deuxième proposition, à *enlever complètement des cancers nettement circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri.*

La section longitudinale du rectum était nécessaire, dans l'espèce, pour découvrir la cloison. J'ajoute que celle de l'anus ne l'était pas moins, pour bien étaler la région, et disséquer de dedans en dehors le cylindre intestinal sans détruire le sphincter. C'est ainsi qu'on peut (troisième proposition) *conserver tout ou partie du sphincter externe*, *même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas.*

Enfin, par la méthode périnéale, aurais-je pu disséquer finement la cloison et la dédoubler jusque sous le péritoine? La méthode sacrée est donc la seule qui permette d'*éviter la formation d'un cloaque dans les cancers de la paroi recto-vaginale* (quatrième proposition).

III. — Pierre V..., 58 ans, est un malade de l'hôpital Tenon, dont le cancer occupe toute la circonférence du rectum, commençant à 4 centimètres environ de la marge de l'anus, et montant à 2 ou 3 centimètres plus haut; le doigt dépasse facilement sa limite supérieure, et constate que la paroi est mobile.

Je l'opère le 6 décembre 1890. Après l'ablation du coccyx et d'un morceau du sacrum, je fends l'intestin de bas en haut, y compris le sphincter, j'ouvre largement sa cavité, et j'enlève patiemment tous les tissus cancéreux. Le bout supérieur, qui s'abaisse facilement, est suturé à l'inférieur, la fente recousue et l'anneau sphinctérien parfaitement rétabli. L'opération dure une heure trois quarts.

Le premier jour se passe bien, sans fièvre; mais le soir du deuxième, la température monte à 38°4. Pierre V... est malheureusement un vieux tousseur, emphysémateux, de chétive apparence; le chloroforme a excité sa bronchite. La nuit du 7 au 8 est mauvaise; dyspnée, cyanose, congestion pulmonaire intense; malgré tous les soins, il succombe le 8 décembre.

La mort de ce malade est un échec pour le chirurgien, non pour la méthode, qui n'a pu faire ses preuves. Aucun accident n'est venu de la plaie, qui avait le meilleur aspect. Je veux surtout faire remarquer, dans ce fait, que j'ai incisé de parti pris le sphincter; c'est un détail opératoire qui a sa valeur, car on a ainsi plus de jour, on opère plus à l'aise, on traite mieux la région sphinctérienne, et un point de suture suffit pour reconstituer l'anus et assurer l'intégrité de ses fonctions.

IV. — Voici maintenant l'histoire d'une récidive cancéreuse, où la voie sacrée m'a été fort utile.

Avant mon premier essai de la méthode de Kraske, j'avais opéré à Alfortville, le 17 avril 1890, M. V..., homme de 38 ans, qui souffrait d'un cancer encore bien limité, avec des hémorrhagies épuisantes, et que j'avais trouvé dans un état de détresse morale difficile à décrire. La tumeur occupait la paroi antérieure du rectum et sa paroi latérale droite; elle commençait un peu au-dessus de l'anus et se limitait bien en haut; l'intestin était souple et mobile.

J'avais placé le malade dans la position de la taille, et circonscrit l'anus, puis la tumeur, avec le bistouri et les ciseaux, en laissant un pont de muqueuse saine en arrière et à gauche. Comme la paroi antérieure était infiltrée dans toute son épaisseur, et que le tissu morbide arrivait au voisinage de la prostate, j'avais disséqué péniblement cette région, à petits coups, en ayant soin d'épargner l'urèthre. Puis j'avais attiré en bas le bout supérieur pour le coudre circulairement à la muqueuse anale. Artères nombreuses, opération difficile; en fin de compte, réunion immédiate et prompt rétablissement de l'opéré.

Sans doute, malgré le soin extrême que j'avais mis à séparer le rectum de la prostate, et à ne pas laisser la moindre parcelle suspecte, je n'avais pas tout vu dans les profondeurs de cette plaie étroite et sinueuse. Dès le 1er septembre, la récidive était constatée.

Le malade ne souffrait pas, et son état général était bien meilleur qu'avant l'opération. Il retenait ses matières, mais il avait un suintement séro-sanguin qui l'obligeait à des pansements et à des lavages fréquents. Son moral, qui s'était bien relevé, faiblissait de nouveau et l'inquiétude revenait peu à peu. Sa femme, qui connaissait la gravité de la situation, était désespérée de ne pouvoir porter secours à cet homme dans la force de l'âge. C'est poussé par elle que le docteur Chevalier vint me demander d'intervenir encore, dussé-je tenter l'impossible.

J'examinai la récidive. On pouvait tout soupçonner quant à l'envahissement lymphatique et aux traînées cancéreuses; mais le bourgeonnement épithélial qui commençait à obstruer la lumière de l'intestin, paraissait encore limité, et la région conservait une certaine souplesse. Il n'y avait rien à tenter par les procédés classiques; mais comme j'avais fait l'apprentissage de la méthode de Kraske, il me parut légitime d'en faire bénéficier le malade, et je cédai aux instances qui m'étaient adressées, le 30 décembre 1890.

J'ouvris largement l'intestin pour fouiller dans tous les sens. Après la résection des os, après une hémostase difficile, je fis peu à peu le morcellement du cancer et l'ablation des tissus cicatriciels résultant de la première opération. C'est en avant surtout qu'il y eut des difficultés; je mis une bougie dans l'urèthre pour ne pas le blesser sans le voir, par hasard

le péritoine ne fut pas ouvert, et à la suite d'une dissection prolongée, fatigante, presque tout le rectum avait disparu. Le bout supérieur ne pouvant descendre jusqu'à l'anus, je le fixai à la peau immédiatement au-dessous du sacrum, pour faire en ce point un anus artificiel; le vaste foyer ischio-rectal fut refermé par la suture et drainé. Le malade, reporté dans son lit, avait un pouls régulier, calme, inspirant confiance; il était resté deux heures et demie sous le chloroforme.

J'estime que, dans cette occasion, j'ai atteint la dernière limite de la hardiesse opératoire qu'autorise la méthode nouvelle; aller plus loin, c'est pure folie. Sans pouvoir affirmer qu'il ne restât pas dans la plaie quelque parcelle cancéreuse invisible, j'avais du moins sous les yeux un foyer très net, à parois souples; à coup sûr, la méthode employée avait rendu opérable, dans d'assez bonnes conditions, une tumeur qui nous gagnait de vitesse, et déjà inaccessible par tout autre moyen. Mon malade a supporté merveilleusement ce nouveau choc; il n'a pas eu de fièvre. Les matières ont pris à la fois le chemin de l'anus coccygien et celui du foyer opératoire aboutissant à l'anus vrai, la peau et la couche sous-cutanée s'étant réunies d'emblée entre les deux orifices; si bien que j'ai voulu simplifier l'infirmité qui résultera forcément de l'opération, et, reprenant confiance dans le trajet cicatriciel qui remplace le rectum et qui laisse passer largement les matières, j'ai oblitéré, il y a quelques jours, l'anus coccygien. L'opéré se lève tous les jours et se nourrit bien, j'espère le voir entièrement cicatrisé avant qu'une nouvelle récidive se déclare; l'espoir et la tranquillité lui sont revenus, et n'eussé-je obtenu que ce résultat, je m'applaudirais encore de n'avoir pas reculé.

Nous pouvons donc, par l'opération de Kraske, « *attaquer les récidives encore limitées, et donner aux malades une dernière chance de salut.* » Ma cinquième proposition démontrée, j'en ai fini avec le cancer du rectum.

V. — La méthode nouvelle « *rend plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques* (sixième proposition). »

J'admets d'abord, sans avoir le loisir de le discuter à fond, que la dilatation de ces rétrécissements ne vaut rien, que les résultats de la rectotomie postérieure sont précaires, et que le traitement de choix est l'ablation pure et simple des tissus indurés et rétractiles.

Cela posé, il me paraît évident que l'opération par la voie sacrée et l'incision verticale du rectum et de l'anus mettent largement à découvert le rétrécissement, permettent de le disséquer tranquillement dans toute sa hauteur et dans toute son épaisseur, assurent la destruction complète des tissus malades en respectant l'intégrité du sphincter externe, garantissent enfin contre la récidive. Une de mes malades, récemment opérée, est en train d'en faire la preuve.

Mme D... a, depuis quinze ans, des douleurs rectales, des suintements purulents, une constipation opiniâtre. Opérée par Championnière, en 1886, pour un rétrécissement du rectum, elle n'en a retiré aucun bénéfice durable. Elle entre à l'hôpital Tenon en décembre 1890, offrant tous les signes du rétrécissement syphilitique : sténose peu élevée, admettant à peine la pulpe de l'index, précédée d'un infundibulum à parois dures; constipation, matières ovillées, débâcles de temps à autre.

Voici, en peu de mots, l'opération pratiquée le 18 décembre : Incision postérieure, résection du coccyx; je ne touche pas au sacrum — opération

de Kraske incomplète — parce que les rétrécissements syphilitiques ne montent pas très haut, mais j'aurais eu plus de jour et plus de facilité si j'avais abattu un morceau de sacrum, et je conseille de le faire. Alors, ayant ouvert l'intestin par une incision longitudinale qui comprend le sphincter — la section de l'anus me paraît ici nécessaire pour atteindre le but — je dissèque patiemment tous les tissus durs, c'est-à-dire que j'enlève, jusqu'au-dessus du point rétréci, toute l'épaisseur de la paroi rectale, en ayant soin d'épargner le sphincter externe. Je m'arrête quand il n'y a plus trace d'induration nulle part; alors le bout supérieur, dont la muqueuse est saine, est attiré et cousu à l'anus, la section longitudinale de l'intestin est fermée au catgut et l'anus reconstitué. Suture cutanée au crin de Florence; pansement superficiel très simple.

Pendant deux ou trois semaines après l'opération, la malade expulse tous les jours une quantité énorme de matières, ce qui dérange la partie inférieure de la suture. Quelques fils ayant lâché, le sphincter s'ouvre dans la hauteur de 3 centimètres environ ; partout ailleurs la réunion est parfaite. J'attends que la débâcle soit bien finie; et, le 20 janvier, je referme l'anneau sphinctérien par quelques points de suture. La malade vient de quitter Tenon, sans douleurs, fonctionnant à souhait; l'intestin est large et la guérison est acquise.

Tels sont les faits que je possède et qui m'ont paru plaider en faveur de l'extirpation du rectum par la voie sacrée. Sur cinq cas, une mort qui n'a rien à voir avec la méthode suivie; aucun accident local; c'est un pauvre emphysémateux de 58 ans, qui meurt de congestion pulmonaire après avoir respiré du chloroforme pendant deux heures. Sur les quatre qui vivent, il y a : 1° un cancer annulaire, à siège élevé, qui ne pouvait être abordé par la voie périnéale qu'au prix de sérieux dangers et de grands délabrements; 2° un cancer de la paroi recto-vaginale, inaccessible aux procédés classiques, enlevé totalement par la voie sacrée avec conservation du vagin et de l'anus, restitution complète de la forme et de la fonction; 3° une récidive, dont l'extirpation par tout autre moyen n'aurait pu être qu'une témérité injustifiable; 4° un rétrécissement syphilitique, pour lequel l'adoption de la voie sacrée était, à mon sens, une sûreté de plus et un progrès.

Ces quatre malades ne vivent pas tous aujourd'hui dans les mêmes conditions. Le rétrécissement est guéri pour toujours, sans infirmité. La récidive, enlevée complètement en apparence, deviendra sans doute ce que deviennent ces cas désespérés; toujours est-il que la tranquillité d'esprit et la santé relative sont revenues. L'ablation du cancer annulaire a été suivie d'une récidive trop prompte, sur laquelle je me fonde pour recommander, d'une façon générale, la section médiane de sphincter, qui donne plus de jour et ne me paraît avoir aucun désavantage. Enfin la tumeur recto-vaginale, guérie dans les meilleures conditions, avec une santé florissante depuis huit mois et sans l'ombre d'une infirmité, est pour la méthode un véritable triomphe.

Je n'ai pas voulu faire une étude complète. J'ai peu insisté sur le manuel opératoire — sauf la section médiane du sphincter — sur le détail des procédés d'incision cutanée ou de résection des os, parmi lesquels je note bien des recherches inutiles, non plus que sur la préparation de l'intestin, que je fais très simple — un purgatif et quelques lavements à l'acide borique —

n'étant pas encore persuadé des avantages décisifs d'une antisepsie intestinale compliquée. Mon seul but a été de m'inscrire parmi les partisans d'une méthode qui, bien comprise et maintenue dans de justes limites, nous fait faire un pas de plus vers la guérison ou le soulagement de nos malades.

REVUE DES CLINIQUES

Sur les hernies du cœcum, par le docteur H. Duret (1). — Depuis le mémorable Traité de Scarpa sur les hernies, on distinguait trois variétés ou degrés dans la hernie du cœcum : les hernies sans sac, à sac incomplet et à sac complet. Il est arrivé, en effet, à certains opérateurs, qu'ayant à intervenir dans des cas de ce genre, ils sont tombés sur l'intestin, sans avoir rencontré le péritoine; les parties herniées étaient dans une loge du tissu cellulaire. Mais, déjà le maître italien entrevoyait que, parfois, cela tenait à ce qu'on avait incisé latéralement la tumeur, et que celle-ci n'avait en avant d'elle qu'une poche séreuse incomplète; d'où le précepte de faire l'ouverture selon l'axe médian de la hernie. Dans notre thèse d'agrégation, sur les variétés rares de la hernie inguinale, en 1883, nous avions pris soin, nous-même, d'indiquer les trois aspects sous lesquels peut se présenter la hernie cœcale, et nous insistions sur le mécanisme invoqué par Scarpa. Dans le premier degré, la hernie est peu volumineuse; elle ne dépasse guère la grosseur du poing; elle est constituée par le cœcum proprement dit et son appendice; elle est contenue dans un sac complet. Dans le second degré, la hernie est plus considérable; elle contient le cœcum, le commencement du colon et l'abouchement de l'iléon au cœcum ; le sac est souvent incomplet, en arrière; il est antérieur à la tumeur; souvent la tumeur est alors irréductible, lors même qu'elle n'est pas étranglée, car le colon est fixé en arrière par un repli que Scarpa appelle l'adhérence charnue naturelle, et qui n'est autre que le méso-colon très allongé et qui s'est engagé avec le colon dans le sac. Enfin, dans un troisième degré, il s'agit de très grosses hernies, où on trouve le cœcum et une grande étendue de la partie inférieure de l'iléon. Le sac paraît complet; on ne peut réduire que l'intestin grêle, le colon et le cœcum restant fixés par l'adhérence charnue naturelle. Les causes des descentes du cœcum et du colon dans les hernies résidaient, d'après Scarpa, soit dans le poids de ces viscères remplis par les matières fécales, soit dans une adhérence congénitale, au cœcum, du testicule qui attirait le viscère avec lui dans sa descente.

S'appuyant sur les belles recherches anatomiques de Trèves sur le péritoine (1877) et sur ses études personnelles, le docteur Tuffier a fourni d'intéressantes explications des variétés de la hernie cœcale et de leur mécanisme. Le cœcum est maintenu dans sa position ordinaire par deux ligaments principaux : 1° le ligament supérieur ou lombo-cœcal qui, de la fosse lombaire, descend à la face postéro-externe du gros intestin, où il se termine en pointe à l'union du colon ascendant et du cœcum; ce n'est autre que la terminaison inférieure du méso-colon. D'après Tuffier, le colon proprement dit ayant, comme limite supérieure, la ligne horizontale passant par l'abouchement de l'intestin grêle est libre et entouré de toutes parts par la séreuse péritonéale; 2° le ligament inférieur, ou iléo-cœcal, espèce de repli triangulaire, moins important et moins fort que le précédent, allant de la fosse iliaque à la face externe du cœcum. Le premier ligament empêche le cœcum de descendre; le second le retient dans la fosse iliaque, et ne lui permet pas de se déplacer vers la ligne médiane.

Pour qu'une hernie cœcale se produise, il est donc nécessaire que ces ligaments soient allongés, déformés, ou qu'il y ait une disposition congénitale qui rende le cœcum exceptionnellement mobile. C'est le ligament supérieur qui, en s'allongeant et en descendant dans le sac, constituerait l'adhérence charnue naturelle de Scarpa. Il arrive quelquefois que le ligament inférieur résiste, bien que la descente du gros intestin s'accomplisse;

(1) *Sciences médicales de Lille.*

alors le cœcum, ainsi que l'avait déjà indiqué Scarpa, subit un mouvement de bascule; son fond et l'appendice vermiculaire restent en haut, et le cœcum se présente dans la hernie tête en bas, puis se continue, par un coude, avec le colon ascendant, qui lui-même fait partie de la masse herniée.

Tuffier admet, dans son travail, que toute hernie cœcale primitive est pourvue d'un sac complet. Car, ainsi qu'il est facile de s'en assurer chez l'enfant et même chez l'adulte, de toutes parts le cœcum est entouré par le péritoine et celui-ci lui est très adhérent; il n'y a pas d'espace celluleux à sa partie postérieure. Il s'agit, dans ce cas, du premier degré de la hernie cœcale de Scarpa. On ne trouve dans le sac que le cœcum proprement dit, le cœcum anatomique, jusqu'à la valvule de Bauhin.

Dans quelles circonstances, les hernies dites cœcales, sans sac, peuvent-elles se rencontrer? Tuffier admet qu'il y a deux variétés principales de hernies cœcales sans sac ou à sac incomplet :

1° Dans le cas de hernies congénitales, lorsque, au moment de leur développement, le cœcum est demeuré sous l'enveloppe séreuse, en négligeant de s'en recouvrir. L'intestin, cheminant dans le tissu cellulaire iliaque, pourra descendre, toujours au-dessous du péritoine, par un des anneaux naturels, hors de l'abdomen. Il cite un exemple de ce genre dans une pièce présentée par M. Guillet, interne de M. Guyon, à la Société anatomique en 1887. Ces faits semblent donc très rares.

2° Dans le cas de hernies cœcales compliquées, c'est-à-dire lorsque le colon descendant et une certaine portion de l'intestin grêle prennent part à la formation de la tumeur. Ordinairement, c'est le colon qui, d'abord, a subi le mouvement de descente; d'autres fois, c'est l'intestin grêle, qui est venu le premier dans le sac; il y a ensuite attiré le gros intestin. Il peut se faire alors que le cœcum résiste en partie à ces tractions, maintenu qu'il est, dans la fosse iliaque, par les ligaments; toutefois, pour suivre le colon dans son mouvement, il subit un mouvement de bascule ou de renversement. Son fond et l'appendice vermiculaire resteront dans la cavité péritonéale, au voisinage du collet du sac, mais son extrémité supérieure ou sac, voisine de la valvule de Bauhin, sera précipitée en bas, avec le colon. En d'autres termes, il arrive que le colon descende d'abord, se coudant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, se présente à l'anneau par sa face postérieure sous-péritonéale, s'y engage et arrive dans les bourses; il tire derrière lui la séreuse, et peut-être le cœcum, dont les ligaments sont distendus et cèdent un peu. Mais, dans sa chute, le colon s'est aisément dépouillé de son péritoine, qui ne lui est pas adhérent, et il ne reste en avant de lui qu'un sac incomplet, qui peut contenir le cœcum et un peu d'intestin grêle. Ainsi, la hernie avec sac incomplet est primitivement une hernie du colon, et non une hernie du cœcum. Ce dernier a des adhérences trop intimes avec son feuillet péritonéal, pour s'en jamais laisser dépouiller. Les hernies cœcales vraies, uniquement cœcales, sont toujours pourvues d'un sac complet.

L'observation que nous rapportons ci-après, et qui a été recueillie par M. Franchomme, interne du service, nous montre une hernie cœcale, primitive, à peu près pure. Le sac séreux, contenant une assez grosse masse d'épiploon, est complet. Le cœcum est situé dans la cavité, en présentation directe, c'est-à-dire le fond en bas. Celui-ci est, à la vérité, un peu rehaussé vers la gauche, avec l'appendice vermiculaire : l'un et l'autre sont attirés de ce côté par l'intestin grêle, dont 5 ou 6 centimètres à peine occupent le sac. En haut de celui-ci et déjà engagés dans le collet on trouve quelques centimètres du colon ascendant, et derrière eux l'adhérence charnue naturelle de Scarpa, ou partie voisine du méso-colon.

Le traitement des hernies cœcales offre plus d'une difficulté. Nous notons d'abord, dans notre cas, une difficulté de réduction résultant de l'épaississement, de l'aspect parcheminé des tuniques intestinales.

Il s'agissait d'une hernie fort ancienne. On ne pouvait assez diminuer, par le taxis, l'intestin, pour le faire rentrer par l'anneau, même après avoir fait subir à celui-ci les débridements ordinaires.

Mais il est une autre cause de difficulté pour la réintégration de l'anse intestinale dans le ventre, sur laquelle Scarpa a depuis longtemps appelé l'attention. « On sait, dit cet auteur, que la hernie scrotale volumineuse est très difficile, quelquefois même impos-

sible à réduire, lorsqu'elle est formée par le cœcum, l'appendice vermiforme et le commencement du colon, à cause des fortes adhérences que ces viscères contractent avec le sac herniaire : c'est une vérité qui a été reconnue et exprimée par un grand nombre d'auteurs. » Cependant, ajoute-t-il, personne n'a remarqué jusqu'à présent que les adhérences ne sont formées par aucun lien contre nature, mais seulement par les replis du péritoine, qui dans l'état naturel fixaient la partie supérieure du cœcum dans la région iléo-lombaire droite. C'est, à ces replis, qu'il donne le nom d'adhérence charnue naturelle.

Il explique très bien, comment dans la hernie cœcale simple, peu volumineuse, récente, la réduction est possible et facile; « car la hernie n'est formée que par le cul-de-sac du cœcum, cet intestin est libre dans le sac, comme il l'est dans le ventre », mais il n'en est pas de même, lorsque, avec le cœcum, il existe une partie du colon; les attaches naturelles de ce dernier font partie du sac herniaire; elles sont descendues dans le tissu cellulaire du scrotum et s'y sont fixées. En un mot, c'est cette adhérence charnue naturelle, qui empêche la réduction.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en pareille occurrence? Scarpa raconte quelle fut la conduite de J.-L. Petit, dans ces circonstances. N'ayant pu réduire, il se contenta de débrider et laissa les choses en place. « Après avoir fait rentrer une partie des intestins, dit-il (c'était le cœcum et une partie de l'iléon), je voulus réduire à proportion autant de mésentère, parce qu'il faut que l'intestin le suive; et, pour cela, je fis tenir les intestins renversés sur le dehors du ventre, pour pousser dans l'anneau le mésentère qui était au-dessous; mais il était trop gros; il aurait fallu couper plus de deux travers de doigt de l'aponévrose de l'oblique interne, outre ce que j'en avais déjà coupé pour débrider suffisamment l'anneau; ce qui aurait fait une ouverture si grande que le reste des boyaux, ou du moins une grande partie, serait sorti par là. » Chez notre malade, nous n'avons pas craint de faire l'incision à la paroi abdominale dont parle J.-L. Petit; nous l'avons ouverte dans l'étendue de 10 centimètres. Le malade de J.-L. Petit guérit, après un traitement de six semaines.

Dans un cas semblable, 1734, Arnauld, chez un sexagénaire, après avoir essayé pendant une heure de couper les adhérences et les brides qui unissaient les intestins au sac, réséqua tout le paquet intestinal contenu dans le sac. La guérison fut obtenue, mais après de nombreux accidents, et il resta une fistule stercorale.

Aujourd'hui sans doute, aucun chirurgien ne suivrait la conduite de J.-L. Petit, conseillée par Scarpa, encore moins celle d'Arnauld. Il vaut mieux, ainsi que nous l'avons tenté avec succès, ouvrir largement l'abdomen au-dessus de l'anneau, faire une véritable hernio-laparotomie. L'adhérence charnue naturelle de Scarpa, autrement dit le méso-colon, par son épaisseur n'empêche plus la réduction.

Parmi les hernies cœcales, la hernie crurale est d'une certaine rareté. Sur 53 observations, qui, d'après Tuffier, forment le bilan actuel de la science, on compte 42 cas de hernie inguinale; 6 hernies crurales (la nôtre est la septième); 5 omphalocèles congénitales ou acquises en dehors des éventrations.

Peut-on, avant toute opération, diagnostiquer une hernie cœcale? Scarpa indique les signes suivants : toutes les fois qu'il s'agit d'opérer une hernie scrotale du côté droit, ancienne et volumineuse, le premier soin du chirurgien doit être d'examiner si elle ne serait point formée par le cœcum ou par le commencement du colon. Son ancienneté, sa forme irrégulière ou bosselée, peuvent faire soupçonner l'existence de cette complication, son irréductibilité depuis qu'elle est descendue dans le scrotum; le gonflement de la tumeur après la digestion, ou par l'administration des clystères, une dépression dans le flanc droit, etc. Tous ces symptômes nous semblent bien insuffisants. Il n'y a guère que l'existence de cet empâtement particulier produit par les matières fécales, qui pourrait être de quelque utilité; mais comment le percevoir, si l'intestin est revêtu d'une lame épaisse d'épiploon? Dans l'immense majorité des cas, on en est réduit à présumer l'existence du gros intestin, si la hernie est ancienne et volumineuse.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie.

M. Terrillon a déjà opéré un grand nombre de malades atteintes de salpingites. Quarante-cinq fois il s'agissait de suppurations des trompes, et les poches purulentes ont pu être enlevées avec un bon résultat, même dans les cas où il y avait eu ouverture dans le péritoine. Cependant, M. Terrillon a eu des morts à déplorer. Deux fois, il s'est produit des péritonites par perforation, à la suite de perforations intestinales tenant à la destruction des adhérences; deux fois aussi l'ablation incomplète de foyers situés autour du rectum a donné lieu à des péritonites septiques. Les cas de ce genre doivent être traités par l'hystérectomie vaginale, et M. Terrillon vient d'employer la méthode de M. Péan dans quatre cas; trois des malades sont guéries et la guérison de la dernière est en bonne voie.

La première opération a été faite sur une femme qui avait une masse suppurée dans la fosse iliaque gauche avec enclavement et adhérence de l'utérus. Une ponction vaginale donna issue à 200 grammes de pus, puis l'ablation de l'utérus fut faite par fragments. Les tissus sont durs et saignent facilement; il faut donc prendre bien soin d'assurer l'hémostase.

La seconde malade avait une suppuration pelvienne ouverte dans le bassin depuis plusieurs mois. Trois ponctions évacuèrent du pus et du liquide séreux, et l'extirpation de la matrice fut suivie de guérison.

Dans le troisième cas, la malade, assez jeune, avait l'utérus enclavé entre deux tumeurs; celle de droite était la plus volumineuse. Une ponction donna du pus et la décortication de l'utérus permit de constater que la tuméfaction du côté gauche dépendait de la conformation bizarre de la matrice.

Enfin, dans le dernier cas, M. Terrillon a trouvé deux poches purulentes du côté droit; il a été obligé de laisser dans le ventre des fragments de la paroi de l'une de ces poches et a bourré la plaie de gaze iodoformée.

M. Terrillon regarde l'hystérectomie dans les suppurations pelviennes comme une méthode d'exception. Cependant, elle réussira mieux que la laparotomie dans les suppurations anciennes avec ou sans fistules, quand il y aura des adhérences considérables. Actuellement, du reste, la thérapeutique des suppurations du petit bassin est très avancée, et les travaux de Hégar, Lawson-Tait, Péan et Segond ont permis de fixer les indications des différents cas.

M. Pozzi fait d'abord remarquer que l'hystérectomie a été employée dans toutes les tumeurs salpingiennes chroniques, suppurées ou non. Pour ce qui est des formes suppurées, l'hystérectomie n'est justifiable que s'il y a impossibilité d'extraire une poche adhérente. Même dans ce cas, et à plus forte raison si la poche est énucléable, la laparotomie est préférable. C'est même la laparotomie qu'il faut faire dans les autres affections de l'ovaire.

— M. Charvot montre un malade qui a une hypertrophie mammaire double, survenue à la suite d'une atrophie testiculaire double consécutive aux oreillons.

De quelques nouvelles médications.

Emploi de l'eau salée en chirurgie, par M. Tavel. (*Annuaire de thérapeutique*, 1891.)

Kocher (de Berne) a préconisé l'eau salée à 7 p. 1000 dans tous les cas où, en chirurgie, on se sert d'eau bouillie. Avant d'être utilisée, il faut la porter à l'ébullition pendant une heure. Dans cet état elle présente sur l'eau bouillie des avantages sérieux; car, tandis

que celle-ci irrite les tissus, les mettant ainsi dans un état d'infériorité en présence des microbes, l'eau salée, comme l'a montré Buchner, dilue les sucs de l'organisme, mais ne leur enlève pas leurs propriétés bactéricides. De plus, cette solution peut être employée en injections sous-cutanées ou intra-veineuses.

Son emploi a donné les meilleurs résultats surtout dans la chirurgie abdominale. On a pu ainsi faire des lavages abondants en évitant les douleurs qui suivent la toilette du péritoine avec l'eau ordinaire.

M. Tavel a fait *in vitro* une série d'expériences bactériologiques qui lui ont montré que l'ébullition pendant dix à quinze minutes dans l'eau salée à 7 p. 1000 détruit la plupart des microbes pathogènes.

Elle peut donc rendre de grands services dans tous les cas d'intervention chirurgicale et surtout à la campagne en permettant de désinfecter complètement les pièces de pansement par une ébullition de quelques minutes dans cette solution.

Les instruments ne peuvent être traités de la même façon, car ils seraient attaqués.

P. N.

NOTE SUR LA VALEUR HYPNOTIQUE DE L'URALIUM, par SCHMITT et PARISOT (*Le Mercredi médical*).

L'uralium, ou chloro-uréthane, a une action hypnotique réelle, mais inconstante, le sommeil qu'il provoque est calme, mais léger et intermittent ; il est d'une administration difficile et peut avoir une influence défavorable sur les fonctions digestives ; sa valeur hypnotique est inférieure à celle du chloral et de l'opium. — P. N.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA BRONCHO-PNEUMONIE INFANTILE. — J. Simon.

Acétate d'ammoniaque....................	0 gr. 50 centigr.
Alcoolature de racine d'aconit..............	XV gouttes.
Sirop de codéine..........................	5 à 8 grammes.

F. s. a. une potion, à donner par cuillerée, d'heure en heure, aux enfants, au début de la broncho-pneumonie. — Enveloppement des jambes avec des feuilles d'ouate, cataplasme sinapisé sur le thorax, vomitif. — Plus tard, pendant la période d'état, on prescrit un vésicatoire qui, laissé en place deux ou trois heures seulement, est alors remplacé par un cataplasme émollient. Il est bon d'entretenir des vaporisations d'eau chaude dans la chambre du malade. — N. G.

COURRIER

Par arrêté, en date du 24 février 1891, le ministre de l'intérieur, sur l'avis conforme du comité de direction des services de l'hygiène, a décerné des médailles d'honneur aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent. — Sœur Justine Chavenne, de l'hospice d'Auxonne, en récompense du zèle et du dévouement dont elle a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1890 dans la garnison d'Auxonne. Cette religieuse a contracté l'affection au chevet des malades.

Médailles de bronze. — M. Feuvrier, caporal ; MM. Parquet et Gagey, soldats au 10e d'infanterie ; M. Garnier, caporal-infirmier de visite, se sont signalés par leur dévouement au cours de la même épidémie.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunira à Lyon, le lundi 3 août 1891. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Albert Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, 13, rue Laurencin, à Lyon.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Internat.* — Ont été nommés internes titulaires à la suite du dernier concours : MM. Pécharman, Pribat, Larroussinie, Dannion et Boissier; internes provisoires : MM. Gasselin, Nollet, Monsarrat, Croustel et Daguillon.

PRIX CORVISART. — La question proposée pour le concours de 1891 est ainsi formulée : « Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë. »

— Un jeune médecin, à peine muni de ses grades, fut appelé pour soigner une vieille dame qui avait un ver solitaire. L'ayant débarrassée de son parasite, il lui envoya une note se montant à 10 schellings 6 pence. La vieille dame se récria et demanda le détail que le médecin lui donna en ces termes : « Vous avoir délivrée d'un ver solitaire long de 10 pieds et demi, à 1 schelling le pied, 10 schellings 6 pence. » (*Med. Record.*)

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Pendant le dernier trimestre de l'année précédente, le service organisé depuis quinze ans a compté 2,390 visites. Dans ce nombre, les hommes entrent dans la proportion de 30 p. 100, les femmes de 50 et les enfants de 20. Les visites ont été moins nombreuses, dans ce trimestre de 1890, que dans le trimestre correspondant de 1889; alors l'influenza sévissait à Paris avec une énergie souvent mortelle. En un mot, le nombre total des visites de nuit faites par les médecins attachés ou plutôt adhérents à ce service, dans l'année écoulée, a été de 9,110, en excédent de 556 sur celles de la précédente année. Cette différence suffirait à établir l'importance exceptionnelle de cette institution.

ELECTROTHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE. — Le docteur Brivois commencera le lundi 6 avril un cours libre d'électrothérapie gynécologique. Le cours sera complet en neuf leçons et durera un mois. Théorique et pratique, il comprendra toutes les opérations électriques pratiquées sur l'utérus et ses annexes. Les élèves exécuteront eux-mêmes ces opérations. S'inscrire à la clininique du docteur Brivois, 15, rue Malebranche, tous les jours de une heure à trois heures.

LES FEMMES DANS LES UNIVERSITÉS EN ALLEMAGNE. — Le Reichstag a discuté à Berlin une pétition demandant l'admission des femmes aux études universitaires, y compris les études médicales, ainsi qu'à la profession de médecin. Le Reichstag a simplement passé à l'ordre du jour.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbrau (de Rochefort), Béliard (d'Ancenis), Castera (de Parteti), Flavard oncle (de Marseille), Lafayé (de Condé-en-Brie), Sainton (de Chinon) et Savourin (d'Angles-sur-Langlin).

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bachelier, médecin militaire, et de M. Charles Champagne, interne de l'hôpital Saint-Denis.

— Sommaire de la *Revue philosophique*, n° de mars 1891 (16e année) :

J. Delbœuf : Pourquoi mourons-nous? — Janet (Pierre) : Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. — G. Tarde : L'art et la logique (fin). — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers.

Abonnements : un an, Paris, 30 francs; départements et étranger, 33 francs; la livraison, 3 francs.

— Notre collaborateur, H. Stapfer, publiera prochainement un livre intitulé : *l'Art des accouchements enseigné par les observations cliniques.* Préface de M. le professeur Pinard.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. —** ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

A propos d'un cas de cyanose.

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans le service, un malade adulte atteint de cyanose, autrement dit de maladie bleue et qui présente, très accentuée, la coloration spéciale à cette maladie.

Dans la grande majorité des cas, la maladie bleue dépend d'une lésion du cœur qui est congénitale, et il en est très probablement ainsi chez notre malade. Nous avons constaté chez lui une concentration toute spéciale de sang dépassant de beaucoup celle qui existe dans le choléra. Il y a en même temps des modifications des globules qui sont plus petits; enfin la quantité d'hémoglobine n'est pas proportionnelle au nombre excessif des globules. Il y a déjà une observation où l'on a constaté ces modifications du sang, et cela nous permet de penser que c'est avec raison que nous avons posé le diagnostic de maladie bleue.

En examinant le cœur, on constate d'abord qu'il est gros; la pointe est portée en bas et en dehors et l'étendue de la matité est augmentée, puisqu'elle atteint 154 centimètres carrés. Or, vous savez qu'à l'état normal, l'aire de la matité cardiaque est habituellement de 87 centimètres carrés. On peut donc dire que, dans le cas présent, la matité est presque augmentée des trois quarts. Ce sont les cavités droites qui sont dilatées; en effet, la pointe est déviée en dehors de 3 centimètres et la zone mate déborde le bord droit du sternum de 2 centimètres 5 environ. Il est évident que c'est l'oreillette droite qui est distendue, et une distension aussi excessive ne se voit que très rarement dans des cas où la dyspnée est à son maximum.

La dilatation des cavités droites du cœur peut relever de causes intracardiaque ou extra-cardiaques. Occupons-nous d'abord de ces dernières et voyons s'il y a eu en dehors du cœur quelque chose qui puisse nous expliquer la distension des cavités.

Le plus généralement, le cœur droit se dilate parce qu'il y a un obstacle à la circulation pulmonaire tenant à de l'emphysème, à de la bronchite chronique, à des adhérences pleurales très développées, à une sclérose pulmonaire étendue. Or, l'examen attentif de la poitrine ne nous permet d'admettre aucune de ces causes de dilatation. Il n'y a point de rétraction thoracique comme dans les pleurésies avec adhérences anciennes, et la colonne vertébrale est normale, ce qui, soit dit en passant, nous permet d'éli-

miner les gênes circulatoires que l'on rencontre dans le cas de déviation du rachis.

Dans un autre ordre de faits, la dilatation du cœur droit tient à des affections gastriques, intestinales ou hépatiques. Notre malade ne présente cependant rien qui nous permette de supposer que son foie est atteint; il n'a eu ni coliques hépatiques ni ictère, et la vésicule n'est pas distendue. D'autre part, il a présenté, à un certain moment de sa maladie, des troubles digestifs du côté de l'estomac et des intestins. Mais les troubles cardiaques d'origine gastrique se présentent sous la forme symptomatique d'accès de suffocation ou de dyspnée qui surviennent surtout après les repas et cessent lorsque la digestion stomacale est achevée.

Rien de pareil n'est observé chez notre malade. On ne peut pas non plus penser chez lui que l'origine de la dilatation réside dans l'intestin parce que, dans les cas où il en est ainsi, la lésion cardiaque marche parallèlement à la lésion du tube digestif et disparaît en même temps qu'elle. J'ai donné mes soins à une malade qui a eu à deux reprises des dilatations du cœur droit excessives avec anasarque tenant à l'état de son intestin; deux fois j'ai pu la guérir complètement en agissant sur son tube digestif, mais elle a succombé à une troisième attaque, les deux guérisons précédentes l'ayant rendue imprudente. Comme chez notre malade les phénomènes intestinaux ont disparu en même temps que la matité cardiaque s'accentuait, il est évident que cette dernière est indépendante d'une lésion quelconque du tube digestif.

Avant de rechercher s'il ne s'agit pas d'une dilatation de cause intracardiaque, on doit se demander si la cause des accidents ne réside pas dans une adhérence du cœur et du péricarde, c'est-à-dire dans ce que l'on appelle une symphyse cardiaque. Cette hypothèse est à rejeter parce que, dans la symphyse, les deux cœurs s'hypertrophient en même temps, que l'hypertrophie est symétrique. Cette hypertrophie générale entraîne l'abaissement de la pointe du cœur (cœur vertical de Beau), tandis que, dans notre cas, il est évident que l'augmentation de volume ne porte que sur les cavités droites.

En procédant ainsi par éliminations successives, nous arrivons à chercher si ce n'est pas dans les parois du cœur que réside la cause de la dilatation. S'agit-il donc d'une myocardite? Cela est peu admissible, car les battements de l'organe sont réguliers, la pression est normale ou à peu près normale, et il nous faut encore rejeter cette hypothèse.

Cherchons donc maintenant la cause de la lésion dans le cœur. Une auscultation attentive nous montre tout d'abord que les bruits normaux ont conservé leurs caractères habituels. Cependant un rétrécissement et parfois même une insuffisance peuvent exister en même temps que les claquements restent distincts. Or, dans le cas actuel, il n'y a rien du côté des orifices aortique et pulmonaire, mais on constate un souffle à la pointe. Ce souffle est systolique, grave, c'est une sorte de frémissement un peu frottant. D'après son siège, il peut être dû à une insuffisance tricuspide ou à une insuffisance mitrale. Pour savoir s'il tient à une insuffisance tricuspide, nous avons examiné les battements des veines jugulaires et hépatiques, tout en notant, du reste, que le bruit anormal n'avait pas le caractère de celui de l'insuffisance, car il ne se propageait pas le long du bord droit du sternum, et était grave et superficiel. L'examen des veines du cou nous a montré qu'elles étaient animées d'un double battement,

qu'elles présentaient deux affaissements successifs, dont le premier coïncidait avec la pulsation radiale. Or, ce sont là les caractères du pouls veineux normal sans insuffisance tricuspide. Dans cette dernière, au contraire, il y a un soulèvement persistant à la place du premier affaissement. Les battements veineux du foie présentant les mêmes caractères, cela nous a permis d'affirmer que la valvule auriculo-ventriculaire droite ne présentait pas d'insuffisance.

S'agissait-il donc d'une insuffisance mitrale qui, à la rigueur, peut s'accompagner de cyanose? Le premier bruit est très net et le souffle ne présente pas les caractères de celui de l'insuffisance mitrale, car il est limité à la pointe et ne se propage pas dans l'aisselle.

Tout ceci nous conduit à penser qu'il s'agit d'une lésion cardiaque indépendante d'un orifice, ce qui est très fréquent chez les cyanotiques. S'agit-il alors d'un souffle dû à une communication interventriculaire? Très probablement non, car lorsque cette communication existe, le souffle se rencontre au troisième espace intercostal, an bord gauche du sternum, commence au premier temps pour finir au deuxième, est constant et ne varie pas. Le souffle, chez notre malade, ne présente aucun de ces caractères.

S'agit-il donc d'un bruit anormal, dû à une communication entre les deux oreillettes, se faisant à travers le trou de Botal? On a émis beaucoup d'opinions sur le souffle symptomatique de cette communication et il est difficile de soutenir l'une ou l'autre d'entre elles, car, presque toujours, il y avait d'autres lésions en même temps que l'inocclusion de la cloison interauriculaire. M. Duroziez a publié un cas presque probant, mais, dans son observation, le souffle siégeait à la base, tandis que, nous, nous le constatons à la pointe.

Nous ne pouvons donc plus penser qu'à un bruit inorganique. Or, je m'empresse de vous le dire, le souffle que vous avez pu entendre ce matin ne présente pas les caractères habituels de ces bruits, qui sont ordinairement doux, superficiels et occupent le troisième espace au niveau du bord gauche du sternum, siégeant par conséquent en dehors de la pointe.

Cependant, je pense qu'il s'agit d'un bruit de ce genre, car les caractères des souffles extra-cardiaques sont très sujets à variations. D'après la théorie que je soutiens, ces souffles sont déterminés par une aspiration brusque de l'air dans les vésicules pulmonaires, au moment de la systole cardiaque. Or, à côté des cas où ce mécanisme existe, cas qui sont du reste les plus fréquents, il en existe d'autres dans lesquels le bruit dépend de la compression que le cœur exerce sur le poumon. Le cardiographe nous permet de distinguer ces cas les uns des autres, selon que, au moment du bruit anormal, on constate un soulèvement du tracé ou, au contraire, un battement négatif. L'examen de ce qui se passe chez notre malade nous permet d'admettre que, chez lui, le souffle est dû à la compression du poumon et que ses caractères spéciaux résultent de ce mécanisme un peu anormal. En résumé, il s'agit là d'un bruit extra-cardiaque qui ne peut que, d'une façon très indirecte, nous révéler l'existence d'une lésion.

La question que nous avons à résoudre maintenant est celle-ci : Une lésion cardiaque entraînant la cyanose peut-elle exister sans souffles? Je peux vous le dire de suite, la réponse doit être affirmative. Dans bien des cas de cyanose, on a constaté à l'auscultation soit l'absence de bruits, soit des bruits variables ou transitoires, et l'on a trouvé une lésion à l'autopsie.

Dans la cyanose, les lésions les plus fréquentes sont le rétrécissement

pulmonaire avec communication entre les cavités gauches et droites. Ces lésions peuvent exister sans bruit anormal, mais il faut avec soin distinguer les différents cas. Lorsque le rétrécissement est acquis, qu'il se produit chez l'adulte à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, par exemple, il y a adhérence des valvules par leurs bords et formation d'un diaphragme qui finit parfois par ne présenter qu'un orifice excessivement étroit. Dans ces cas, il se produit un souffle qui siège au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Lorsque le rétrécissement se produit au niveau de l'infundibulum, qui présente alors une cicatrice lui donnant la forme d'un sablier, il y a production d'un bruit anormal analogue dont le maximum est seulement un peu plus bas. On peut dire que, dans le rétrécissement acquis, le souffle ne manque que lorsque le malade est en asystolie, ce qui n'est pas le cas chez l'homme dont nous nous occupons aujourd'hui.

Si le rétrécissement de l'orifice ou de l'infundibulum s'accompagne de la production d'un souffle, il n'en est pas de même de celui de l'artère elle-même; bien au contraire, lorrque le calibre de cette dernière est très réduit, le souffle dû à une autre lésion peut disparaître. Vous savez que, lorsque l'on fait passer un courant de liquide dans un tube de caoutchouc, on peut faire naître un souffle en étranglant un point quelconque de ce tube. Or, si, dans ce cas, on comprime ensuite en aval du point où se produit le souffle, ce dernier s'atténue progressivement et finit par disparaître. L'artère pulmonaire rétrécie l'est souvent dans une grande étendue jusqu'à sa bifurcation, et même au delà, et il suit de cette disposition que son rétrécissement ne s'accompagne pas de souffle. Ceci, Messieurs, n'est pas une vue de l'esprit et a été constaté dans de nombreuses autopsies. On a vu, en effet, que le rétrécissement pulmonaire pouvait exister seul ou en même temps qu'un rétrécissement tricuspidien ou une communication entre les deux cœurs, sans qu'il y eût de bruit anormal. Il faut bien distinguer à ce point de vue, j'y reviens encore, le rétrécissement acquis et le rétrécissement congénital, car le souffle est la règle dans le premier, l'artère pulmonaire étant généralement dilatée.

Chez notre malade, on doit admettre l'existence d'un rétrécissement pulmonaire qui nous explique la grande dilatation des cavités droites due à l'obstacle qui existe au-devant du ventricule du même côté.

Existe-t-il en même temps une communication entre les deux cœurs? Cela est très probable, cette communication étant la règle dans les cas de ce genre. Comme il ne s'agit pas d'une communication interventriculaire, puisque nous ne constatons pas de souffle spécial, il est très probable qu'il y a une communication interauriculaire à travers le trou de Botal. Cette communication peut parfaitement exister sans bruit anormal, car, comme l'ouverture est très large, il n'y a pas de rétrécissement, pas de veine fluide, et, par conséquent, pas de souffle.

En résumé, nous devons admettre, dans notre cas, l'existence d'un rétrécissement probablement étendu de l'artère pulmonaire atteignant peut-être l'orifice et d'une communication entre les deux cœurs par inocclusion du trou de Botal.

Est-il extraordinaire que des lésions de ce genre s'accompagnent de la production d'un souffle extra-cardiaque? Non. Très souvent on a noté dans les observations l'existence de souffles variables, paraissant, disparaissant, changeant de place, se transformant. Il s'agissait certainement là de souffles inorganiques, qui prennent naissance parce que la lésion du cœur change

le mode de locomotion de l'organe. D'où cette conclusion qu'un souffle extra-cardiaque peut être, jusqu'à un certain point, l'indice d'une lésion du cœur.

Les observations de cyanose tardive ne sont pas très rares et assez souvent les phénomènes ne se manifestent alors qu'à l'âge adulte.

Il est évident, les recherches anatomiques l'ont montré, que, dans la maladie bleue, les capillaires présentent des modifications de structure assez considérables, modifications qui jouent certainement un rôle dans l'apparition plus ou moins tardive des symptômes de la maladie. On peut cependant se demander pourquoi, dans les lésions cardiaques vulgaires, la cyanose ne se montre qu'à une période très avancée de la maladie lorsqu'il y a déjà de l'œdème et des congestions périphériques très marquées, tandis que, dans la maladie bleue, la cyanose est le premier symptôme. Il est probable qu'il faut chercher la cause de cette variété symptomatologique dans les modifications de structure qui se produisent dans les capillaires périphériques. Cependant ce n'est là qu'une hypothèse, et il est très possible aussi que les actions vasomotrices aient une grande importance.

Lorsque la cyanose se produit tardivement comme chez notre malade et que les principaux phénomènes s'amendent par le repos, on peut espérer que la vie se prolongera assez longtemps. Il faut bien le savoir, en effet, des malades atteints de malformation congénitale du cœur ont pu vivre jusqu'à la soixantaine.

Il est évident que, dans la cyanose, on ne peut recourir qu'à une thérapeutique symptomatique, dans laquelle les prescriptions hygiéniques jouent pendant longtemps le rôle le plus important.

Deux observations de tachycardie

Lues à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 décembre 1890

Par M. E.-R. Perrin.

Nous demandons à la Société la permission de dire quelques mots de la tachycardie dont il a été question dans nos dernières séances, en rappelant, ici, deux observations qui nous sont personnelles.

Dans les réflexions dont nous les ferons suivre, nous examinerons si nous avons eu réellement affaire à des troubles fonctionnels du cœur de la nature de ceux qui ont fait l'objet de nos dernières discussions, et qu'on a cru devoir rattacher à une névrose spéciale du myocarde à laquelle le docteur Bouveret a cru même devoir donner un nom particulier, celui de *tachycardie paroxystique*, qui a été si vivement critiqué par notre excellent collègue Duroziez.

Voici ces deux observations :

Observation Ire. — M. X..., 58 ans, goutteux depuis longues années, quelque peu ami de la bonne chère et de la *dive bouteille*, sans antécédents héréditaires, est immobilisé, depuis deux ans, dans un fauteuil à roulettes, à l'aide duquel il ne se déplace que difficilement sur le parquet de sa chambre, sans avoir jamais pu, depuis, ni marcher ni garder la station debout, la goutte s'étant graduellement compliquée chez lui de la privation du mouvement de la plupart des articulations et notamment des genoux qui sont comme ankylosés et fléchis presque à angle droit. Plusieurs de ces mêmes articulations sont déformées et le siège de dépôts tophacés. Il y a lieu, d'ailleurs, de constater chez ce malade, que l'appareil urinaire est intact — aucune trace de gravelle, — ni de sucre,

ni d'albumine. Du côté du cœur, rien d'anormal à l'auscultation, non plus que sur le trajet des gros vaisseaux qui en partent ou qui y aboutissent. Comme choc et fréquence le pouls radial bat régulièrement, l'artère est souple, élastique, sans trace d'ossification. A part les accidents goutteux si profondément accentués du côté des grandes et petites articulations, on peut constater, d'autre part, l'intégrité, pour ainsi dire, parfaite chez le malade de toutes les autres fonctions de l'économie, digestion, circulation, respiration, activité cérébrale, etc. Or, c'est dans ces conditions de santé générale aussi satisfaisantes en apparence, que, depuis dix ou douze ans, se sont montrées à des intervalles généralement éloignés au début, et. de plus en plus fréquents aujourd'hui, subitement, tout à coup, sans cause appréciable le plus souvent, des palpitations de cœur, sous forme de battements tumultueux, précipités, irréguliers, avec un pouls parfois difficile à compter et battant aux radiales jusqu'à cent cinquante fois et plus par minute. Ces palpitations ou crises cardiaques, qui, comme durée, varient de quelques heures à quelques jours, cessent aussi instantanément qu'elles sont apparues; elles surviennent quelquefois, mais rarement, pendant le sommeil. Quand elles viennent à cesser, le malade, au même moment, ressent parfois au niveau de la région précordiale, comme un petit choc, ce qui lui fait dire que le *déclanchement* de son cœur, comme il l'appelle, est opéré, et aussitôt, en effet, tout reutre dans l'ordre, cœur et pouls battant normalement, et à l'unisson l'un de l'autre.

Obs. II. — Une femme, adonnée aux travaux des champs, âgée de 60 ans, fut prise subitement, en se baissant, d'une palpitation de cœur, suivie d'un malaise généṅal et d'un saisissement qui, dit-elle, lui parcourait tous les membres. Elle se mit au lit, et quarante-huit heures après, les battements de cœur continuant, je fus appelé auprès d'elle. Je trouve la malade tranquillement assise dans son lit, sans fièvre, à peine oppressée en dehors de tout mouvement provoqué, le faciès naturel, mais sans avoir eu une heure de sommeil depuis son accident. Le pouls, à mon grand étonnement, se sent à peine, tant il est petit, irrégulier et comme tremblotant. Les battements du cœur, sans aucun souffle appréciable à l'auscultation, sont également d'une extrême irrégularité et fréquence.

Nombre de fois, depuis l'âge de 30 ans, cette femme aurait été prise, dit-elle, de ces mêmes palpitations, quoique le plus souvent, à un moindre degré. Elle remarque toutefois, que, dans ces dernières années, les crises sont plus longues et plus fréquentes, et que l'une d'elles, vers la fin, c'est à-dire vers le quinzième jour, s'est compliquée, pour la première fois, d'un léger œdème des extrémités. Elle ajoute que les palpitations cessent chez elle comme elles commencent, c'est-à-dire, subitement, et qu'une fois, elle ressentit comme un coup au cœur, qui faillit la jeter à terre, au moment précis où les palpitations prirent fin.

Quant à la crise pour laquelle nous avions été appelé auprès de la patiente, cette fois encore, elle se termina heureusement au bout de trois jours, et, à notre seconde visite, nous trouvâmes la malade dans le meilleur état possible, avec un pouls redevenu normal, régulier, battant comme le cœur, à peine soixante-douze fois par minute.

Le retour à la santé ne fut pas malheureusement de longue durée, car, au bout de quelques mois à peine, la malade fut prise d'une nouvelle crise de palpitations, et, cette fois, d'une crise bien autrement grave que les précédentes, par les complications cardio-pulmonaires qui en furent la suite, et qui ne disparurent qu'au bout de plus d'un mois, après avoir donné lieu à un œdème général de tout le corps, avec ascite, congestion pulmonaire, double épanchement pleurétique et suppression complète, ou presque complète, des urines.

A ce moment, l'état de la malade, qui était devenu très inquiétant, rappelait à l'observateur, à s'y méprendre, tout l'ensemble symptomatique bien connu de la période ultime des altérations valvulaires du cœur et notamment des cavités droites. Quoi qu'il en soit, elle en était là, lorsqu'elle fut prise d'une diurèse d'une abondance excessive, sous l'influence de laquelle, en moins de trois ou quatre jours, toute suffusion séreuse, *intus et extra*, disparut comme par enchantement, en même temps qu'avait lieu le retour normal de la circulation, cœur et pouls.

Les deux observations, dont nous venons de donner un très court résumé, paraissent évidemment du même ordre que celles dont M. le docteur de Beauvais nous a entretenus dans l'une de nos dernières séances, et qu'il a cru devoir rattacher à la névrose cardiaque décrite par M. Bouveret, et qui consiste, comme on le sait, dans un trouble purement fonctionnel des battements du cœur, exclusif de toute lésion matérielle de cet organe. Il nous paraît bien difficile qu'il en soit, dans la plupart des cas, réellement ainsi, et notamment chez le malade si profondément goutteux et arthritique, qui fait le sujet de notre première observation. Nous savons tous, en effet, que *cliniquement*, on peut n'observer aucun signe local susceptible de faire soupçonner certaines altérations anatomiques du myocarde et de ses orifices, alors que ces lésions n'en existent pas moins réellement, et ont pu être, ultérieurement, reconnues sur le cadavre. Il y a lieu, en tout cas, d'en supposer l'existence probable, si ces prétendues palpitations nerveuses se prolongent et se répètent indéfiniment comme chez nos deux malades, car, alors, elles ne sont souvent que les signes précurseurs d'une lésion matérielle qui deviendra probablement appréciable plus tard.

Quant à notre seconde observation, concernant cette vieille femme chez laquelle la crise cardiaque, en se prolongeant cette fois outre mesure, a fini par déterminer chez elle toutes les complications d'une véritable affection organique du cœur, arrivée, pour ainsi dire, à sa dernière période, et qui ne s'en est pas moins terminée par la guérison, nous nous sommes demandé, si, dans ce cas particulier, nous n'avions pas eu affaire à de simples coagulations sanguines spontanément développées dans le cœur, et qui, peu à peu, se sont résorbées, *in situ*, pour faire place au retour de l'état normal. Nous serions volontiers conduit à faire cette supposition, en nous rappelant un travail très intéressant publié, en 1827, par Legroux, et intitulé : *Recherches sur les concrétions sanguines dites polypiformes du cœur*, et surtout en nous remémorant, en même temps, ces paroles de Laënnec : « *Si, à l'auscultation, dit-il, chez un malade qui, jusque-là, avait présenté des battements du cœur réguliers, ceux-ci deviennent tellement anormaux, obscurs et confus, on peut soupçonner la formation d'une concrétion polypiforme.* »

Quoi qu'il en soit, et ce sera là notre dernière réflexion, il nous paraît encore quelque peu prématuré, en raison des faits connus, encore trop peu nombreux, et surtout en l'absence d'autopsies suffisantes, de créer cette nouvelle entité morbide désignée par M. le docteur Bouveret sous le nom de *tachycardie paroxystique*, et de la séparer ainsi de tant d'autres formes de palpitations dites également nerveuses ou idiopathiques, lesquelles ont été décrites, de tout temps, dans nos auteurs classiques, quoique sous des noms divers : *maladie des étudiants, hyperdynamie du cœur* (Bouillaud), *dyscardionervie* (Piorry), ou, mieux encore, de : *névrose ataxique* ou *choréique du cœur*, toutes formes dans lesquelles la fréquence et les irrégularités de la contraction cardiaque constituent de même toute la maladie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend un travail intitulé : « De la pneumonie érysipélateuse », par M. Duléry, médecin-major.

Dépopulation de la France. — M. LE PRÉSIDENT ouvre la discussion sur l'article 1er des conclusions de la commission qui propose de remplacer les tours par des bureaux ouverts, dans lesquels le secret sera rigoureusement observé.

M. JAVAL s'élève contre le mode de discussion suivi et, pour lui, l'ensemble des mesures proposées n'aura que peu d'effets, car ce qu'il faut surtout, c'est augmenter les naissances. On a édicté des prescriptions médicales, tandis que l'Académie aurait dû faire une œuvre de démographie. La diminution volontaire de la natalité est le grand mal, et l'Académie devrait voter une conclusion dans laquelle elle ferait ressortir que cet état tient à la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires.

M. ROCHARD partage l'avis de M. Javal sur la principale cause de la dépopulation. La commission l'a si bien vu qu'elle l'a dit à la fin de ses conclusions. Malgré tout, il faut songer en même temps à diminuer la mortalité. Si les réformes proposées étaient appliquées, l'augmentation annuelle de la population passerait de 1,19 p. 100 à 6 p. 100.

M. LAGNEAU appuie la proposition de M. Javal. La prophylaxie de la variole et de la fièvre typhoïde ne constitue pas tout. L'orateur insiste sur le danger qu'il y a à envoyer aux colonies de jeunes troupes françaises qui perdent souvent la moitié de leur effectif.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ propose d'intervertir l'ordre des conclusions de la commission et de placer la dernière en tête.

L'Académie adopte le texte suivant :

A la suite de la discussion soulevée par le mémoire de M. Lagneau, l'Académie appelle tout d'abord l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité.

— M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un rapport sur les travaux de M. Maurel relatifs à la stéthométrie normale et à l'hypohématose. D'après les recherches de l'auteur qui s'est servi d'un ingénieux et nouvel instrument mesureur, il faut, à l'état normal, à l'homme adulte, 3 centimètres carrés de section thoracique pour 1 centimètre de taille et 8 centimètres carrés de section par kilogramme de poids. Quand il y a étroitesse thoracique, il faut la combattre par des exercices spéciaux.

Le choléra en 1890. — M. PROUST a recueilli les données suivantes :

1° Le choléra de Camaran a été importé par un navire anglais venant de l'Inde;

2° Le choléra de Hedjaz semble avoir été importé par la voie maritime ;

3° Le pèlerinage de la Mecque est une menace constante pour l'Europe ;

4° Les mesures prescrites à l'égard des pèlerins se rendant à la Mecque n'ont pas empêché le choléra de s'y développer; il est donc nécessaire de perfectionner les moyens employés jusqu'ici;

5° Les mesures de prophylaxie prescrites par le Conseil d'Alexandrie au moment du retour des pèlerins ont empêché cette année le choléra de gagner l'Egypte et l'Europe. Il y a donc lieu, non seulement de maintenir ce Conseil, mais encore de lui donner plus d'autorité et de le rendre réellement international. Il y a lieu également d'augmenter le nombre des lazarets de la mer Rouge et les moyens d'assainissement et de désinfection.

— M. BOUCHARDAT lit un rapport sur la *vente des eaux minérales* et propose les conclusions suivantes :

La vente des eaux minérales naturelles françaises et étrangères, autorisée pour des tiers non pourvus du diplôme de pharmacien, ne paraît présenter aucun inconvénient, sauf en ce qui concerne ;

1° Les eaux minérales purgatives françaises et étrangères;

2° L'eau arsénicale de La Bourboule;

3° Les eaux minérales sulfureuses

Il serait utile de réserver la vente au public de ces diverses eaux minérales aux seules personnes pourvues du diplôme de pharmacien français.

M. Hayem pense que des eaux dont ne parle pas le rapporteur peuvent être nuisibles, Carlsbad par exemple.

M. Bouchardat fait observer que c'est la préparation dite sel de Carlsbad qui est dangereuse. Mais la vente n'en est pas autorisée.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Cancer du rectum. — M. Guérin lit un rapport sur une observation de M. Houzel qui fit la résection du rectum pour un cancer annulaire.

Le cancer du canal digestif est très grave, quelle que soit la partie affectée. Cependant la partie inférieure du rectum peut être le siège d'un épithélioma limité qui peut être enlevé avec succès. Malheureusement il arrive souvent que l'on voit les malades beaucoup trop tard, et souvent même les médecins méconnaissent la maladie au début, L'exploration locale s'impose dès que l'on soupçonne la possibilité du mal.

Le cancer qui siège près de l'anus est beaucoup moins grave parce que l'extirpation peut être complète, et que, de plus, les lymphatiques, légèrement comprimés par les fibres charnues de l'intestin, résistent à l'envahissement.

Au contraire, lorsque la tumeur siège au voisinage de l'S iliaque, le pronostic est beaucoup plus mauvais.

Quand le cancer siège à quelques centimètres de l'anus, rien n'est plus facile que d'en pratiquer l'extirpation intégrale; dans ce cas, M. Guérin incise les tissus, y compris le cancer, depuis l'anus jusqu'au-dessus de la limite supérieure du néoplasme. Cette incision qui porte en arrière sur la ligne médiane, au-dessous du coccyx, facilite singulièrement l'exploration des tissus. Le rectum peut alors être attiré en bas et étalé. Pour ne pas être gêné par le sang, on fait toutes les sections que l'extirpation comporte, sauf celle de la peau, avec l'écraseur linéaire. Après l'incision verticale, on coupe en une fois le rectum transversalement au-dessus du néoplasme que l'on peut, alors, détacher de haut en bas des tissus voisins.

Avant de couper le rectum transversalement au-dessus du sphincter, il faut s'assurer que le mal ne s'étend pas jusqu'à l'anus. S'il y a doute, on doit extirper le sphincter et le pourtour de l'anus, dans la pensée que la plus vive préoccupation du chirurgien doit être de rechercher la guérison radicale, aux dépens même d'une certaine incontinence des matières fécales, que l'on peut rendre tolérable par une constipation modérée.

M. Houzel s'est servi du bistouri et des pinces à pression, mais il a suivi un procédé analogue à celui de M. Guérin. Comme le cancer s'étendait en haut, il a réséqué le coccyx. C'est une pratique excellente et à laquelle il faut avoir recours quand le cancer dépasse le niveau de ce petit os.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars. — Présidence de M. Desnos.

Sommaire : *Des mouvements associés dans la paralysie faciale. — Induration chronique des veines périphériques. — Lèpre nerveuse avec troubles trophiques se rapprochant de la syringomyélie. — Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie.*

M. Debove a observé tout récemment un malade atteint de paralysie faciale à la suite d'un violent traumatisme (coup de pied de cheval sur le côté droit de la face); ce malade présentait cette particularité intéressante qu'il ne pouvait parler sans fermer les yeux; réciproquement, quand il fermait énergiquement les yeux, ses commissures labiales s'écartaient. Ces mouvements associés ont été bien souvent observés et décrits. Il n'y a donc rien de bien spécial chez le malade de M. Debove, si ce n'est toutefois l'intensité du phénomène.

On a proposé bien des théories pour expliquer cette association des mouvements. Hitzig l'attribuait à une excitabilité anormale des noyaux bulbaires du facial produisant

des mouvements synergiques à l'occasion d'une excitation normale. M. Debove propose une autre explication : Tout mouvement énergique manque de précision, parce qu'on ne peut obtenir dans ce cas la contraction isolée d'un faisceau musculaire; les muscles voisins se contractent aussi. Si par exemple on fléchit violemment le pouce, les autres doigts se fléchissent aussi, ou tout au moins ne restent immobiles que grâce à un certain effort des extenseurs. Il est donc impossible, pour un mouvement énergique, de ne pas mettre en jeu en même temps les muscles voisins.

Or, dans la paralysie faciale, au moment où la contractilité volontaire commence à reparaître, les phénomènes sont absolument les mêmes. Le malade est obligé de faire un effort considérable pour produire le moindre mouvement des lèvres ou des paupières. L'incitation qui part alors du noyau du facial ne se limite plus facilement à telle ou telle branche, mais les intéresse toutes plus ou moins. En outre, les anastomoses qui existent entre les deux noyaux du facial expliquent que des incitations énergiques parties de l'un d'eux peuvent se transmettre à l'autre et produire des mouvements synergiques dans le côté non paralysé de la face.

— M. Duponchel (du Val-de-Grâce) a présenté, l'année dernière, à la Société un malade dont les veines périphériques étaient indurées et donnaient au doigt la sensation des artères athéromateuses. Il rappela en même temps plusieurs cas de cette affection encore peu connue. Ce sont deux malades analogues que M. Duponchel vient présenter aujourd'hui. Chez l'un deux, l'induration porte sur les saphènes internes, ce qui est le plus ordinaire, et sur les veines des membres supérieurs. Chez l'autre, les veines du membre supérieur sont seules atteintes.

Les antécédents pathologiques du premier peuvent ainsi se résumer : une affection thoracique dans l'enfance, une fièvre typhoïde il y a trois ans, une pneumonie récente. Le second s'est toujours bien porté.

De pareils faits ne sont pas très rares; on ne sait rien cependant sur la pathogénie de ces indurations veineuses; la question n'est, du reste, pas mieux éclaircie au point de vue anatomo-pathologique.

M. Letulle a observé plusieurs cas d'induration veineuse depuis la première communication de M. Duponchel. Les veines étaient petites, dures, parfaitement cylindriques; jamais elles n'étaient variqueuses. C'était une sclérose veineuse régulière et sans oblitération appréciable. Dans deux cas, les malades porteurs de ces lésions étaient tuberculeux.

— M. Thibierge présente un malade qui a déjà été soigné à Lille par M. Leloir, et à Paris par M. Rendu et par M. Babinski. L'examen de ce malade prouve qu'il est souvent difficile de distinguer la lèpre de la syringomyélie.

C'est un homme de 45 ans; sa santé avait été très bonne jusqu'en 1886. A cette époque — il était au Tonkin depuis dix-huit mois — il eut successivement la dysenterie, les fièvres intermittentes, le choléra, un « ulcère annamite » sur la jambe gauche, des troubles trophiques (bulles sur les pieds, se terminant par des maux perforants), et une impotence musculaire du membre supérieur droit. Revenu en France, il fut soigné, comme nous l'avons dit, dans plusieurs services. A Lille, M. Leloir porta le diagnostic de lèpre anesthésique.

Voici quel est son état actuel :

A la face, parésie des muscles orbiculaires des paupières et du muscle frontal; pas de troubles de la sensibilité.

Aux membres supérieurs, atrophie du biceps, de certains muscles de l'avant-bras, des interosseux et des éminences thénar et hypothénar; doigts effilés; dans ces régions, perte de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, diminution de la sensibilité au contact. Enfin, il y a une névrite nodulaire des nerfs cubitaux.

Aux membres inférieurs, mêmes troubles sensitifs, même dissociation de la sensibilité; pas d'atrophie musculaire, mais pigmentation disséminée de la peau; cicatrices multiples des maux perforants; conservation du réflexe rotulien.

Rien au tronc, ni du côté des sphincters; pas de troubles de l'intelligence.

On ne saurait se contenter du diagnostic assez vague de troubles trophiques, de mal

perforant. Or, tous ces symptômes peuvent se rattacher à deux affections bien différentes par leurs causes et par la localisation de leurs lésions, et qui, cependant, peuvent prêter à confusion : la lèpre nerveuse et la syringomyélie.

Dans la lèpre, comme dans la syringomyélie, on peut trouver de l'atrophie des muscles de la main, des muscles de l'avant-bras, des troubles trophiques cutanés. La dissociation de la sensibilité fait penser à la syringomyélie; comme dans la syringomyélie, les troubles sensitifs occupent des segments étendus des membres ne correspondant pas à la zone de distribution d'un nerf. D'un autre côté, la prédominance des troubles trophiques aux membres inférieurs, leur début précoce, leur évolution rapide s'accordent mal avec l'idée de syringomyélie; en outre, cette affection se montre ordinairement entre quinze et vingt ans (Charcot); or, les premiers symptômes n'ont paru, chez ce malade, que vers quarante ans.

Donc, malgré l'existence de plusieurs symptômes faisant penser à la syringomyélie, M. Thibierge croit qu'il faut faire le diagnostic de lèpre nerveuse. A son avis, deux des symptômes sont presque pathognomoniques : la paralysie bilatérale du muscle orbiculaire des paupières et la névrite nodulaire des nerfs cubitaux; cette dernière lésion est capitale, surtout dans un cas tel que celui-ci où la lèpre est systématiquement limitée au système nerveux périphérique et respecte absolument les téguments cutanés et muqueux.

Quant à la dissociation de la sensibilité, phénomène très net chez le malade, elle ne doit point faire rejeter le diagnostic de lèpre; en effet, elle n'appartient pas en propre à la syringomyélie. Charcot l'a signalée dans l'hystérie. En outre, des troubles sensitifs analogues ont été quelquefois rencontrés dans des cas typiques de lèpre.

Tels sont les faits qui ont poussé M. Thibierge à considérer son malade comme un lépreux.

En terminant, M. Thibierge fait remarquer qu'on a coutume de considérer la lèpre comme une maladie exceptionnelle dans nos climats. Cette opinion ne peut s'expliquer que par ce fait que la lèpre passe souvent inaperçue, Elle n'est pas, en effet, aussi rare qu'on pense. A Saint-Louis, on pourrait trouver en ce moment six lépreux ; il y en a eu davantage à certaines périodes. Il y a quatre ans, M. Leloir pensait, avec MM. Hardy et Besnier, que leur nombre s'élevait à soixante ou cent, pour Paris seulement.

M. Joffroy : La dissociation de la sensibilité n'est pas un signe pathognomonique de syringomyélie. Elle n'est pas constante dans cette dernière affection où elle manque à peu près dans la moitié des cas. De plus elle n'appartient pas en propre à la syringomyélie. En voici une nouvelle preuve chez le malade de M. Thibierge, pour lequel le diagnostic de lèpre est indiscutable.

— M. Richardière présente un malade qui, il y a deux mois et demi, fut frappé d'une attaque d'apoplexie qui lui laissa une hémiplégie droite complète. Cette hémiplégie se dissipa assez rapidement; mais, bientôt après, survinrent des troubles trophiques portant sur les muscles des deux mains et sur la peau des mêmes régions. Au niveau des phalanges, surtout, se montraient des bulles remplies d'une sérosité claire, se résorbant ensuite peu à peu, et laissant, sous forme de cicatrices, des plaques épidermiques épaisses, dures, brunâtres.

Ce malade appartient à une famille de névropathes et présente des stigmates indéniables d'hystérie : rétrécissement du champ visuel, anesthésie pharyngée, troubles de la sensibilité de tout un côté, douleurs au niveau du crâne fort analogues au « clou hystérique ».

Une hémorrhagie cérébrale pourrait bien expliquer, après l'attaque d'apoplexie, l'hémiplégie motrice et même sensitive, mais non les troubles trophiques bilatéraux. On ne peut pas non plus incriminer, chez ce malade, le ramollissement cérébral ni la syphilis cérébrale et leur attribuer les divers symptômes énumérés plus haut. La syringomyélie pourrait être accusée, à cause justement de la bilatéralité des troubles trophiques ; mais le début brusque des accidents, leur évolution très rapide, l'unilatéralité des troubles sensitifs, qui portent sur les trois modes de réaction, l'absence de

toute dissociation et de scoliose, font rejeter l'idée de syringomyélie et conduisent à penser qu'on se trouve en face d'un cas d'hystérie pure.

D'ailleurs les troubles trophiques portant sur la peau, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané ont été souvent signalés chez les hystériques; c'est ainsi qu'on a décrit des œdèmes, des ecchymoses sous-cutanées, du pemphigus, de l'eczéma, des altérations des ongles ne pouvant se rattacher à aucune autre cause que l'hystérie.

FORMULAIRE

Papier antiseptique.

Bichlorure de mercure	10	grammes.
Glycérine pure	25	—
Eau distillée bouillie et refroidie	500	—

Faites dissoudre. — On imprègne du papier à filtre de cette solution, et on le fait sécher. On l'applique sur les blessures, et on l'y maintient au moyen d'un bandage approprié. — N. G.

COURRIER

Erratum. — A l'article *Formulaire* du 17 mars 1891, « Potion contre la broncho-pneumonie infantile », après : Sirop de codéine, 5 à 8 grammes, ajoutez : Eau distillée, 120 grammes. — N. G.

Association générale des médecins de France. — C'est aujourd'hui jeudi qu'a lieu, de deux à quatre heures, rue d'Aumale, 7, le vote pour l'élection du président de l'Association générale. — M. le docteur Roger, arrivé au terme de sa présidence, est rééligible.

Assistance publique a Paris. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 6 avril 1891, à quatre heures.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Bourcy, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

— Le prix de médecine navale, pour 1891, est décerné à M. le médecin de 1re classe de la marine Chevalier; une mention honorable est accordée à M. le médecin principal Ségard; et des témoignages de satisfaction accordés à MM. les médecins de 1re classe Jan, Bellot et David.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Simon (de Lunéville).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'emploi des injections interstitielles d'une solution de pyoctanine, préconisé par M. Mosetig-Moorhof, continue à lui donner de bons résultats dans le traitement des tumeurs malignes inopérables. Mais M. Billroth, qui a employé ce traitement dans 25 ou 30 cas, n'a obtenu aucun résultat satisfaisant. Il pense que l'action du médicament se réduit à celle de l'eau, qui est injectée à titre de véhicule; le protoplasma vivant ne se laisse pas colorer; le nitrate d'argent, l'acide osmique et le chlorure d'or peuvent agir sur les tissus vivants; les couleurs d'aniline ne le peuvent pas.

Quelques chirurgiens des hôpitaux de Paris, qui ont essayé ce mode de traitement, n'en ont pas jusqu'alors obtenu de meilleurs résultats que M. Billroth.

La lymphe de M. Koch ne s'appelle plus kochine en Allemagne; on a craint la confusion de mots créée par la prononciation française et on l'appelle maintenant *tuberculine*. Mais, tuberculine ou kochine, ses effets n'en sont pas plus merveilleux pour cela. A Vienne, M. Schnitzler et M. Neumann en disent encore quelque bien, mais M. Kaposi reconnaît que si sa valeur diagnostique est grande, dans le lupus, sa valeur thérapeutique est minime.

FEUILLETON

CAUSERIE

Connaissez-vous un petit journal à couverture jaune qui a débuté il y a environ un an, sous la direction de M. le docteur Chervin, et qui s'appelle *la Voix*? Débuté est de circonstance, car il y est beaucoup question des acteurs, de la manière dont ils devraient se servir de leur voix, laquelle n'est pas toujours celle dont ils se servent, des aventures qui leur arrivent de temps en temps, toutes choses mises à la portée des gens qui n'ont pas trop de notions médicales, et d'ailleurs fort intéressantes.

Vous savez qu'un défaut qu'on reproche beaucoup actuellement à certains chanteurs est le chevrotement. Je ne veux nommer personne. Ceux qui ont quelque peu l'habitude du théâtre pourront facilement le faire. Il paraît qu'aujourd'hui le chevrotement est qualifié à l'étranger de « méthode française ». C'est bien injuste.

M. Laget, professeur de chant à Toulouse, ex-artiste de l'Opéra-Comique, a écrit sur cette méthode des remarques très judicieuses, surtout sur ses causes, sa physiologie pathologique, comme nous dirions; la principale cause est le surmenage de la voix, qui veut monter trop haut, qui est forcée de lutter avec une orchestration de plus en plus bruyante, etc. M. Laget vous démontre bien tout cela.

Cette nouvelle manière, dit-il, date d'une trentaine d'années seulement, de l'époque

En Prusse, on a dressé la statistique générale officielle des résultats obtenus par le traitement de Koch. Mais j'ignore à quelle date on s'est arrêté.

Sur 1,031 cas de tuberculose interne, on avoue 13 guérisons et 46 morts, 365 améliorations et 586 non-améliorations. — Sur 708 cas de tuberculose externe, y compris le lupus, on a 15 guérisons et 9 morts, 385 améliorations et 298 non-améliorations.

A Paris, un malade est mort dans le service de M. Hallopeau, après avoir reçu, du 5 décembre au 10 janvier, cinq injections, la première d'un demi-millième, les autres d'un millième et demi; la réaction avait été de moyenne intensité. Après la dernière injection, le malade fut atteint d'un volumineux abcès de la cuisse, et à l'autopsie on trouva dans les poumons, outre les lésions anciennes, une caverne récente et des tubercules miliaires. Un autre malade fut pris d'ophthalmie double, dont il guérit, mais avec des lésions permanentes.

— La Faculté de médecine et le Conseil municipal de Paris sont très préoccupés en ce moment, celui-ci de créer un enseignement clinique dans les hôpitaux, celle-là de s'efforcer de ne pas laisser échapper cet enseignement à sa direction. Le Conseil municipal reproche à la Faculté de ne pas avoir su se servir des éléments dont elle disposait pour assurer l'instruction pratique des élèves, notamment de ses agrégés, force vive immense restée inutilisée; elle veut donc organiser son enseignement clinique en dehors de la Faculté, avec ses médecins des hôpitaux, agrégés ou non de la Faculté. Que deviendront alors les agrégés, qui constituent jusqu'alors la graine des futurs professeurs? La Faculté les ayant un peu trop laissés à l'écart à leur gré, ne seront-ils pas maintenant disposés à quitter la Faculté et à entrer dans l'Ecole municipale, où leur permet d'entrer leur titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux? On nous a dit que certains d'entre eux avaient déjà été pressentis, à cet égard, avec des offres magnifiques comme appointements et moyens de travailler.

La Faculté va évidemment essayer de se défendre. Déjà un important mémoire de M. le professeur Potain a paru sur la question. D'autres pro-

---

où l'on a découvert une foule de prétendus moyens pour augmenter le volume de la voix, et malheureusement voici quel en est trop souvent le résultat : Le chanteur commence par faire vibrer le son artificiellement; ce genre de *vibrato* amène bientôt le chevrotement, c'est fatal! et à ce défaut capital succède quelquefois la maladie du larynx connue au théâtre sous le nom de *roulette*.

Et, à ce propos, M. Laget rapporte l'histoire d'une aventure arrivée à l'un de nos compatriotes. Mais elle n'est pas d'hier.

En 1847, Monna, baryton, retour d'Italie, débuta sur la scène de l'Opéra où, malgré sa belle voix et son talent très réel, il n'obtint aucun succès, à cause de la maladie du larynx dont nous venons de parler et à laquelle il était sujet. D'ailleurs, chez notre jeune baryton, le comédien tuait le chanteur. Monna végéta quelque temps en France, puis il retourna en Italie. Engagé à Florence, il débuta dans la *Lucrezia Borgia*, de Donizetti. Toujours sous l'influence de la *roulette*, le débutant fut sifflé. Replet, d'un tempérament à la fois bilieux et sanguin, le malheureux artiste perdit complètement la tête en scène, et, saisissant alors la dague qu'il portait au côté, il la lança dans l'espace avec véhémence : l'arme alla se fixer dans la cuisse d'un spectateur assis tranquillement au milieu du parterre. Ce qui se passa alors dans la salle ne peut guère se décrire; le tumulte fut grand! Monna fut immédiatement arrêté et conduit en prison où il fut détenu préventivement pendant quatre mois. Finalement, il passa en cour d'assises, et les débats établirent que l'individu blessé, cuisinier de son état, venait au spectacle pour la première fois de sa vie, le soir où il faillit être tué. A trois cents lieues de son pays, loin de sa

fesseurs, jouissant d'un grand crédit à la Faculté et dans le monde universitaire ou politique, mettront évidemment toutes leurs forces au service de la Faculté; celle-ci est dirigée d'ailleurs par un doyen sympathique à tous et dont les qualités personnelles en font un puissant élément de concorde entre les partis opposés. Nous espérons donc que de cet échange d'idées contradictoires sortira quelque bien pour l'instruction des nombreux élèves qui préfèrent encore Paris à nos autres Facultés françaises. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Des formes frustes de la sclérose en plaques, par M. J.-M. Charcot (1). — Messieurs, la sclérose en plaques cérébro-spinale, cette affection que caractérisent anatomiquement des lésions singulières, dont je vous rappelais, il y a huit jours, les principaux traits, ne se présente toujours pas cliniquement avec le cortège à peu près spécifique des symptômes que je vous faisais constater chez deux de nos malades. Ces symptômes, vous disais-je, sont à la fois d'ordre céphalique et d'ordre spinal. Parmi ces derniers, je ne vous rappellerai que la paraplégie spasmodique et le tremblement intentionnel.

Quant aux symptômes bulbaires et cérébraux, quelque complexes qu'ils soient en apparence, n'allez pas croire qu'ils puissent apparaître au hasard, sans règle ni système, qu'on puisse « tout voir », en un mot dans la sclérose en plaques. Cette affection est régie, comme les autres maladies chroniques du système nerveux, par des lois d'une fixité remarquable. Dans sa symptomatologie céphalique, vous ne rencontrerez que certains signes déterminés, comme l'embarras de la parole, le nystagmus, un regard vague et fuyant, des vertiges, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, etc.

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau classique de la sclérose en plaques cérébro-spinale.

Je veux appeler votre attention aujourd'hui — et ceci nous servira d'introduction à l'étude des formes anormales — sur certaines manifestations moins bien connues, et avant

(1) Résumé d'après le *Progrès médical*, 1891.

famille, isolé, il était à présumer que Monna serait condamné. Il fut acquitté. Mais sans l'intervention très active du consul français, Dieu sait ce qui serait arrivé!

*
* *

Perdre la tête pour un acteur en scène paraît aussi invraisemblable que pour un militaire sur le champ de bataille, mais cela arrive encore de temps en temps. Rien d'étonnant à ce qu'ils la perdent pendant leurs études. Mme Marie Laurent, qui a fait une conférence intitulée : *Comment on étudie un rôle*, insérée dans *la Voix*, rappelle à ce sujet un fait qu'elle a vu se produire plusieurs fois.

« Je me suis toujours intéressée, dit cette grande artiste, aux jeunes comédiens; je les ai aidés de mes conseils toutes les fois que j'ai pu. Eh bien! il y a une épreuve très simple et que je fais toujours subir à une nouvelle élève, et qui donne presque toujours le même résultat. Une jeune fille se présente; elle me dit qu'elle adore le théâtre et veut jouer la comédie.

« — Vous avez étudié, mademoiselle? — Oui, madame, j'ai appris des vers.

« — Mais vous n'avez jamais joué? — Non, madame.

« La jeune personne est bien élevée; elle s'est présentée avec aisance; elle s'exprime correctement.

« — Eh bien, mon enfant, nous allons commencer tout de suite; veuillez vous lever, sortir de ce salon, rouvrir la porte, rentrer, et me dire : « Bonjour, madame » — C'est le commencement du rôle que je veux vous faire apprendre.

tout sur quelques troubles oculaires, tels que l'amblyopie et la cécité. Ne vous attendez pas ici à rencontrer cette papille atrophique blanche et nacrée qui se voit dans le tabès. Dans la sclérose disséminée, la papille, quand elle est lésée, est tantôt, et le plus souvent, simplement décolorée, surtout sur le côté externe; tantôt jaunâtre, terne, comme voilée par un nuage à contours vagues et mal dessinés. Le contraste entre ces images ophthalmoscopiques est tellement frappant que toute espèce de confusion serait impossible.

Ce même contraste, vous le retrouverez dans la symptomatologie oculaire des deux affections. Dans le tabès, même si le sujet est un syphilitique, la médication restera impuissante contre une cécité à évolution fatalement progressive. Dans la sclérose multiloculaire, au contraire, l'amblyopie et l'amaurose sont d'habitude éphémères, transitoires. Ici vous pourrez, presque à coup sûr, prédire la guérison ou l'amendement possible, et l'avenir viendra confirmer vos prévisions dans l'immense majorité des cas. J'accepte, en effet, car il faut toujours, en clinique, faire quelques réserves, certains cas très exceptionnels où la cécité peut s'installer à demeure et devenir permanente. La raison de cet état amaurotique transitoire et passager, c'est, à n'en pas douter, l'intégrité relative du cylindraxe qui persiste, au sein des îlots scléreux, jusqu'à la dernière limite.

Autre caractère non moins important à connaître, c'est que la sclérose n'appartient pas à la catégorie des maladies fatalement progressives et incurables. Sa marche, en effet, est souvent entrecoupée par des rémissions et des arrêts, même par des rétrocessions possibles. Si je vous rappelle ce caractère de son évolution, c'est parce qu'il va nous servir tout à l'heure de guide dans le diagnostic des formes atypiques que nous allons aborder ensemble.

Laissez-moi encore, pour vous préparer à cette étude, vous mentionner quelques manifestations anormales. Les îlots de la sclérose peuvent, dans quelques cas, frapper les cornes antérieures de la moelle. Les cellules de ces cornes, à l'instar des cylindraxes, pourront bien continuer à fonctionner plus ou moins longtemps, mais il y a une limite à toute résistance et elles finiront peut-être à la longue par disparaître. Et, en conséquence de cette destruction, vous verrez survenir une amyotrophie plus ou moins prononcée. D'autre part, les troubles vésicaux, les douleurs, les anesthésies qui n'appartiennent pas davantage au cadre vulgaire de la sclérose en plaques, peuvent également survenir dans quelques cas exceptionnels et reproduire alors les apparences de l'ataxie locomotrice progressive.

Ce sont là des complications qui doivent vous faire entrevoir les difficultés de certains

---

« Ah! C'est fini! Voilà ma jeune fille gauche, embarrassée, ne sachant plus entrer, ne sachant plus marcher, ni saluer, ni parler. Pourquoi? Parce que, avant de faire ces choses si simples, qu'elle accomplit chaque jour sans y songer, elle s'est dit : « Je joue la comédie! » et cela a suffi pour la paralyser. C'est que c'est la première chose qu'il faut oublier, et on ne peut faire du bon théâtre qu'en s'appliquant à ne pas faire du théâtre. Mais cela, c'est le plus difficile, et c'est la dernière chose que l'on acquiert. »

*
* *

Certains artistes chanteurs ont eu une influence déplorable sur leurs camarades qui, n'ayant pas la même puissance de voix ni les mêmes qualités, ont voulu les inviter, sans arriver à autre chose, comme la grenouille, qu'à perdre ce qu'ils possédaient de voix, sinon crever.

Dans un long mémoire *sur l'éducation de la voix chantée*, M. et Mme Baussand (de Lyon) racontent que Duprez, revenant d'Italie, fut engagé à l'Opéra, où, pendant plusieurs années, il conserva toute la puissance de ses facultés chantantes. « Mais, dit Fétis, il est dans la nature de l'organe factice appelé voix sombrée de se fatiguer rapidement; ce fut ce qui se produisit dans la voix de Duprez. » Après avoir excité sur nos théâtres un sentiment profond de surprise et d'admiration, il dut bientôt renoncer à la carrière dramatique, et se livrer exclusivement à l'enseignement du chant.

« La présence de ce grand artiste a eu une influence fatale sur l'art du chant : tous les ténors ont voulu chanter comme Duprez; ils ont gonflé leurs poumons, sombré leur

problèmes diagnostiques. Sans doute, lorsque le tremblement et la dysarthrie existent, que le tableau est complet, en un mot, ou à peu près, le diagnostic est écrit en gros caractères. Mais, comme je le disais déjà en 1877 : « Il n'est pas une seule des pièces de l'appareil symptomatique qui ne puisse faire défaut. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le tableau clinique de la sclérose en plaques se trouve, dans certains cas, réduit, à peu de chose près, à la seule contracture des membres inférieurs, avec ou sans rigidité concomitante des membres supérieurs. En pareil cas, la coexistence actuelle ou passée de quelqu'un des symptômes dits céphaliques, tels que : nystagmus, diplopie, embarras particulier de la parole, vertiges, attaques apoplectiformes, troubles spéciaux de l'intelligence, cette coexistence, dis-je, fournirait déjà cependant un document d'une portée en quelque sorte décisive. »

Au surplus, ces formes atypiques ont déjà une histoire que je dois vous esquisser rapidement. Elle date du jour où une autopsie à surprise vint donner au diagnostic formulé pendant la vie un démenti anatomique. C'est en 1877. A cette époque, deux exemples convaincants de ce désaccord anatomo-clinique furent publiés par M. Pitres, aujourd'hui doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, alors mon interne.

Dans l'un d'eux, il s'agissait de paraplégie spasmodique; au lieu de rencontrer la myélite transverse que nous avions diagnostiquée durant la vie, non sans quelques réserves cependant, M. Pitres trouva des îlots de sclérose disséminés dans la moelle et dans le bulbe. Il trouva pareillement, dans le second cas, des foyers scléreux épars dans le système cérébro-spinal, alors que, du vivant du malade, nous nous étions rattachés au diagnostic de sclérose latérale amyotrophique.

Ces résultats imprévus nous mirent sur une voie nouvelle et devinrent pour nous un sujet de méditations et de recherches. Il arrivait sans doute à la sclérose multiloculaire ce qui, quelques années auparavant, était arrivé à l'ataxie locomotrice progressive. Duchenne, qui en avait tracé la première description fondamentale, n'avait vu et voulu voir que le type complet et classique. Mais on n'avait pas tardé à rencontrer des sujets — et j'en avais vu plusieurs pour ma part — qui ne répondaient pas au type de Duchenne, à qui il manquait tel ou tel signe vulgaire, l'incoordination motrice, par exemple... De ce jour, l'étude des formes anormales du tabès était inaugurée. En raisonnant par analogie, nous fûmes donc amenés à soupçonner que la sclérose en plaques était appelée à subir le même sort.

Il fallait, pour résoudre le problème d'une manière péremptoire et irréfragable, trouver le moyen de reconnaître sur le vivant ces anomalies cliniques et contrôler le diagnostic

---

voix pour arracher ce fameux *ut* de poitrine, qui a le plus souvent emporté leur voix et leur santé. Il ne s'agissait plus alors d'être bon musicien, bon comédien, de bien chanter, enfin; pourvu qu'on décrochât un *ut* de temps en temps, que tout le reste fût mauvais, l'artiste et le public paraissaient satisfaits! »

Hélas! il en est encore bien un peu aujourd'hui, comme il y a trente ou quarante ans. Des artistes qui n'articulent pas, dont on n'entend pas un traître mot, qui ont l'air de chanter avec la bouche pleine de bouillie, mais qui lancent le fameux *ut* de poitrine, sont qualifiés *di primo cartello*, quand même!

Les auteurs terminent leur long exposé par des conclusions qu'on ne saurait trop conseiller aux auteurs et aux chanteurs de méditer :

1° Dans la production de la voix sombrée, les résultats compensent faiblement les dangers que cette émission fait courir même aux organes les plus solides; les médecins, les chanteurs, et presque tous les professeurs sont d'accord sur cette question; 2° les seuls chanteurs qui en peuvent faire usage sont les chanteurs de grand opéra, mais seulement dans les passages qui réclament beaucoup de puissance et de largeur, partout ailleurs ils doivent se reposer sur le timbre clair; 3° il n'y a eu qu'un Duprez jusqu'à ce jour; autrement dit, un seul homme a pu résister, un certain nombre d'années, à l'emploi presque exclusif de cette méthode meurtrière; 4° enfin, si mon humble prière, adressée à messieurs les compositeurs d'opéras, pouvait les toucher, je leur serais reconnaissant, au nom de l'art, au nom des chanteurs, au profit de nos jouissances artistiques, de modérer un peu leurs exigences vocales, en écrivant les rôles un peu mieux

à l'autopsie. L'occasion ne se fit pas longtemps attendre. En effet, le 23 décembre 1877, je pouvais montrer à mes auditeurs une malade chez laquelle la paraplégie spasmodique occupait à peu près seule la scène. Ayant déjà remarqué antérieurement que le tremblement est le signe qui disparaît de préférence, lorsque la sclérose multiple se dégrade, je n'hésitais pas à présenter cette malade comme un exemple de sclérose en plaques anormale. Je puisais mes principaux arguments dans l'évolution de la maladie. On trouvait, en effet, dans son histoire passée, des vertiges, de la diplopie, de l'amaurose transitoire et peut-être un léger tremblement des mains, le tout ayant évolué en une série discontinue d'actes et d'entr'actes terminés depuis lors. Trois mois après, cette malade succomba et l'autopsie vint confirmer pleinement mon diagnostic.

C'est par un procédé que je vais vous indiquer que nous étions parvenus à reconnaître une sclérose en plaques dépouillée de ses attributs les plus caractéristiques, et, pour la première fois, le diagnostic avait été, je le répète, consacré par les résultats de l'autopsie.

En établissant, à cette époque, les éléments de ce diagnostic, en montrant que, sous le masque de la paraplégie spasmodique, syndrome banal, se pouvait cacher la sclérose multiloculaire, je disais que, afin de la démasquer, il fallait interroger les trois facteurs suivants :

1° Les anamnestiques : l'existence antérieure de vertiges, d'ictus apoplectiques, de cécité passagère, de tremblement.....

2° Les signes concomitants, que l'on constate souvent sous forme d'embarras de la parole, de diplopie, de nystagmus ....

3° L'évolution avec ses rémissions et ses rétrocessions si particulières.

C'est ainsi, Messieurs, que fut ouvert le chapitre de la sclérose en plaques anormale. Depuis cette époque, un certain nombre d'auteurs, entre autres M. Bouicli, un élève de M. le professeur Debove, et M. Babinski sont entrés dans cette voie, et j'y suis revenu moi-même à plusieurs reprises dans mes leçons. En Allemagne, dans ces dernières années, cette question a été remise à l'ordre du jour. M. Strümpell, aujourd'hui professeur à Erlangen, consacrait en 1887, dans son livre, un remarquable article à la sclérose multiloculaire et à ses anomalies. M. Oppenheim, la même année, relevait sur ce même sujet quelques points intéressants :

1° La mobilité des symptômes;

2° Les attaques apoplectiformes et les grands vertiges. Ce sont là, pour vous le dire

---

dans la portée des voix, en mettant un peu plus de sourdines et un peu moins de cuivres dans l'orchestre. — Mais, hélas! comme tant d'autres, je prêche dans le désert! on continuera le système du tapage infernal et des cris insensés; et pourtant le pauvre Nourrit, qui est mort de désespoir d'avoir sacrifié son bel organe à la recherche de la voix sombrée, disait sans cesse : « Crier n'est pas chanter! »

*
* *

Quant à la prononciation, elle est des plus fantaisistes. Les uns ne prononcent pas du tout, les autres prononcent à leur idée, « à seule fin de renforcer l'articulation et de rendre plus sonores les syllabes qu'ils jugent déshéritées. Chez un élève dénué de tact artistique, ces procédés mécaniques s'exagèrent, se transforment en habitude, et c'est alors qu'on assiste aux fantaisies de diction lyrique les plus pitoyables. Ainsi il n'est pas rare d'entendre prononcer Aremide pour Armide, *be-re-ger* pour berger, be-rû-ler pour brûler, *chardin* pour jardin, *pa-re-faitement* pour parfaitement, *pe-lus* pour plus, *quilesommeille* pour qu'il sommeille, *mâ-tre* pour maître, *sein-gneur* pour seigneur, *glouai-re* pour gloire, etc. D'autres chanteurs négligent l'articulation des doubles consonnes afin d'adoucir la prononciation. Ils prononcent *horeur* pour horreur, *e-reur* pour erreur, *cou-roux* pour courroux, etc. Enfin, il est des professeurs qui, dans le but de favoriser l'émission des voyelles, font dire par exemple : *Gran Dio! — Mon keir... pâtâ-tra* (peut-être) *c'ata les palmes immortelles!* Alice s'avance en *tromblon* et Bertram lui dit : Foat bian! Eléazar a voué sa vie *ann'tiéro* au *bon-her* de Rachel, et lui chantera tout à l'heure

en passant, deux caractères déjà signalés par nous depuis très lontemps, et que MM. Bourneville et Guérard avaient également mentionnés;

3° La recherche, même en dehors des troubles visuels accusés par le malade, des lésions du fond de l'œil.

Il s'agit là d'un point de vue intéressant pour la pratique, et sur lequel je veux insister tout particulièrement. Vous n'ignorez pas que, parfois, les lésions les plus nettes de la névrite optique ne produisent aucun trouble appréciable et qu'elles peuvent rester ignorées si on néglige de pratiquer l'examen ophthalmoscopique. Le fait n'est pas rare dans les tumeurs cérébrales. Eh bien, d'après M. Oppenheim, il en serait de même dans la sclérose disséminée; ici, pareillement, le secours de l'ophthalmoscope serait nécessaire pour découvrir les altérations de la papille, dont aucun trouble visuel ne trahit l'existence. Et l'auteur fait remarquer à ce sujet que la paraplégie spasmodique, combinée à une lésion du nerf optique, peut être quelquefois l'unique indice de la sclérose multiloculaire. Sur 20 examens, il a noté 11 fois des altérations du nerf optique et retrouvé, dans 5 autopsies, 5 fois des plaques de sclérose dans l'opticus, le chiasma ou la bandelette.

Il est clair que la constatation, dans certaines formes anormales de sclérose en plaques, de lésions ophthalmoscopiques, prendrait une importance diagnostique de premier ordre. C'est ici le lieu de signaler les importantes recherches de M. Uhthoff, lesquelles confirment d'ailleurs les résultats depuis longtemps annoncés sur cette même question par M. Parinaud et moi.

Cet auteur a examiné, sous le rapport des troubles visuels, 100 malades atteints de sclérose en plaques. Chez 45 d'entre eux, il a trouvé des lésions ophthalmoscopiques en rapport avec la sclérose multiloculaire; 40 présentaient une décoloration atrophique de la papille et les 5 autres de la névrite optique. Or, au point de vue subjectif, quelques-uns d'entre eux accusaient des troubles visuels divers et l'un d'eux — un seul, unique exception à la règle générale que je vous rappelais tout à l'heure — était frappé de cécité permanente, et encore celle-ci ne datait-elle que de six mois. Par contre, plusieurs de ces malades, porteurs de lésions ophthalmoscopiques, ne se plaignaient d'aucun trouble de la vision.

Autre détail bien conforme à nos connaissances sur l'évolution singulière de la sclérose en plaques : M. Uhthoff, ayant pu avoir des renseignements sur le mode de début et la marche des troubles visuels chez 24 de ses malades, constata que, dans un tiers des cas, l'amblyopie avait débuté brusquement; que 11 fois la vision s'était considérable-

---

Dio m'éclâre, fulieu charue, pras d'eum pâre vians morer, etc. Raoul, de son côté, dit à Valentine : *Le dongeu preusse, et le temps vole, lasse moua, la-haisse moua par-terre...* Et ça ne finirait pas, si l'on voulait tout citer.

D'autres mangent certaines lettres, surtout l'*e*. Lamartine, Hugo, Musset, aussi bien que M. Coppée, bondiraient d'indignation s'ils pouvaient entendre ce que devient l'harmonie de leur style devant ces élisions volontaires.

*
* *

La Voix raconte encore la mort de M. Gayarré, le célèbre ténor. On a procédé à l'extirpation de son larynx; les docteurs Cortéjo, Salazar et San-Martin doivent le soumettre à une étude approfondie dont nous attendons encore le résultat.

L'examen rapide qui en a été fait a montré non seulement que le larynx de Gayarré avait des dimensions plus grandes que d'habitude, mais qu'il présentait en outre des conditions d'asymétrie assez particulières. Comment Gayarré a-t-il pris son mal? Cela remonte déjà loin, à cinq ou six ans. Un refroidissement, un simple refroidissement qu'il ne soigna pas, dont il riait, qu'il n'avait pas cru grave dans le principe, mais qui avait laissé dans sa gorge des lésions dont souvent il souffrait.

Trois semaines avant sa mort, le brillant artiste chantait encore *les Pêcheurs de perles* de Bizet, au théâtre royal de l'Opéra. Vous savez qu'il y a au premier acte une jolie romance ponr ténor, Gayarré attaqua la romance avec sa vaillance accoutumée, mais, quand il fut arrivé aux notes élevées du morceau, on le vit tout à coup s'arrêter, passer

ment améliorée au bout de quelque temps; que, dans 2 cas, elle était redevenue tout à fait normale; que, enfin, plusieurs d'entre eux avaient présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

J'ajouterai que l'autopsie fut pratiquée dans 6 cas, et que 5 fois les nerfs optiques furent trouvés lésés. Or, dans un de ces 5 cas, on n'avait constaté durant la vie aucun trouble visuel. Il est vrai de dire que les lésions trouvées à l'autopsie occupaient le segment postérieur des nerfs. Du reste, la portion intra-oculaire des nerfs optiques n'offre d'habitude que des lésions insignifiantes qui ne permettent pas plus de préjuger de l'étendue et de l'intensité des altérations rétro-bulbaires que des troubles visuels eux-mêmes.

Je n'ai pas besoin de souligner l'importance de l'examen ophthalmoscopique au point de vue du diagnostic des formes atypiques de la sclérose en plaques. Vous devrez désormais, de parti pris, aller à la recherche de ces lésions papillaires que les malades accusent ou n'accusent point des troubles de la vision.

J'arrive maintenant à l'étude diagnostique des formes anormales ou frustes de la sclérose en plaques. Je dis frustes en appliquant cette épithète indifféremment aux formes efficaces et aux formes incomplètes, en dépit des critiques de certains puristes.

Le tableau général des formes frustes de la sclérose en plaques peut se diviser en trois parties :

A. *Les formes atypiques ou frustes par effacement.* — Il s'agit ici de formes effacées, frustes dans le sens restreint des puristes. Ces formes sont le plus souvent représentées en clinique par une paraplégie spasmodique simple ou compliquée de paralysie des réservoirs, d'eschares, etc., et revêtant, dans ce dernier cas, les apparences de la myélite transverse.

Lire alors l'inscription n'est pas toujours chose facile. Pour y parvenir, il vous faudra rechercher les accidents concomitants, tels que l'embarras de la parole, l'hébétude du faciès, le nystagmus, les paralysies oculaires, les lésions de la papille... qui peuvent compliquer la paraplégie. Il vous faudra ensuite vous enquérir avec soin du passé, du mode du début, savoir s'il n'a pas existé jadis des vertiges, de la diplopie, des ictus apoplectiformes, de la cécité passagère, du tremblement intentionnel des mains...; bref, un ou plusieurs des nombreux symptômes de la sclérose en plaques qui se seraient effacés depuis lors en partie ou en totalité. Cette enquête faite méthodiquement, il ne vous restera plus qu'à interroger l'évolution de la maladie avec ses arrêts et ses rémissions

---

la main à sa gorge, s'adosser contre un décor, puis il s'écria par deux fois et avec un sentiment de désespoir : « Je ne puis pas, *no puedo !* »

Le public, dont Gayarré était l'enfant gâté, lui répondit par une chaleureuse salve de bravos. Mais l'artiste quitta la scène et il n'y est jamais plus remonté. Ceci se passait le 8 décembre 1889, et le 4 janvier tout Madrid suivait le corbillard de celui que Madrid avait baptisé : le « roi des ténors. »

SIMPLISSIME.

PILULES PURGATIVES. — Ball.

Aloès soccotrin	1 gramme.
Résine de scammonée	0 gr. 50 centigr.
Résine de jalap	0 gr. 50 —
Calomel	0 gr. 50 —
Extrait de belladone	0 gr. 25 —
Extrait de jusquiame	0 gr. 25 —
Savon amygdalin	q. s. pour 50 pilules.

3 à 5 par jour. — N. G.

si caractéristiques. Je me propose de vous montrer tout à l'heure un exemple très remarquable de sclérose en plaques fruste appartenant à cette catégorie.

B. *Les formes atypiques abortives ou frustes primitives.* — Ici, la maladie a subi un arrêt de développement et n'est jamais arrivée au type parfait. Cette forme anormale est également représentée d'ordinaire par la paraplégie spasmodique. Vous baserez donc votre diagnostic sur les mêmes principes et procéderez de la même façon. Rarement l'anamnèse restera entièrement stérile; vous relèverez le plus souvent dans l'interrogatoire l'existence passée de vertiges, d'attaques apoplectiformes; vous trouverez dans votre examen quelques phénomènes actuels qui vous mettront sur la voie et finalement vous ferez appel à la marche si originale de l'affection. Une investigation ainsi conduite doit mener presque infailliblement au diagnostic. Je vais dans quelques instants vous en donner la preuve.

C. *Les formes atypiques ou frustes par intervention de phénomènes insolites.* — Ce qui caractérise les faits de ce genre et ce qui vient encore compliquer la situation, c'est l'intervention de quelques signes surajoutés qui n'appartiennent pas à la symptomatologie habituelle de la sclérose multiloculaire ou qui ne se montrent qu'exceptionnellement. La sclérose en plaques se présente ici sous trois variétés principales :

1° *La variété hémiplégique.* — L'hémiplégie, sous forme d'hémiplégie cérébrale, n'est pas absolument étrangère à la sclérose multiple, mais elle n'y est d'ordinaire que transitoire. Elle peut quelquefois s'installer pourtant d'une manière définitive et devenir le signe prédominant. Vous avez alors devant vous la forme hémiplégique, dont je vous montrerai dans une prochaine leçon un exemple démonstratif.

2° *La variété « tabétique ».* — L'anomalie dépend ici de l'adjonction de phénomènes tabétiques. Ici, vous verrez figurer au tableau les douleurs fulgurantes, le signe de Romberg, etc...., l'incoordination motrice peut-être. C'est que, dans l'espèce, la lésion prédomine dans les faisceaux postérieurs de la moelle, car on n'a pas signalé, que je sache, de combinaison de sclérose en plaques et de tabès proprement dit. Nous éliminons ici, cela va sans dire, la maladie juvénile que l'on appelle ataxie héréditaire ou de famille, dans laquelle on constate des signes de tabès et des signes de sclérose disséminée.

La maladie de Friedreich constitue, en effet, une entité morbide autonome et très spéciale.

Dans ces cas insolites qui simulent le tabès, pour asseoir votre diagnostic, vous rechercherez encore les vertiges, les ictus, la dysarthrie, le nystagmus, les rémissions..., tous symptômes qui n'appartiennent point à l'ataxie locomotrice. Si toutefois dans vos recherches vous trouviez de l'amaurose, n'allez pas conclure au tabès sans plus ample informé. L'ophthalmoscope vous montrera ici que cet incident relève d'une atrophie papillaire à bords diffus et nuageux.

3° *La variété « latérale amyotrophique ».* — Voici certes une combinaison de symptômes bien singulière et bien inattendue. Son existence n'est pourtant pas douteuse, MM. Pitres, Déjérine et Skolosubow en ont constaté des exemples convaincants. Quelque singulière que puisse vous paraître cette variété, il est cependant aisé de la concevoir et d'en fournir une juste interprétation. Vous savez que la paraplégie spasmodique généralisée aux quatre membres est chose possible dans la sclérose multiloculaire. Or, c'est là précisément un des signes fondamentaux de la sclérose latérale. D'autre part, certaines manifestations bulbaires, autres que la dysarthrie, comme la difficulté de la déglutition, ne sont pas tout à fait exceptionnelles dans la sclérose en plaques, et je vous en montrerai un exemple frappant. Ne sont-ce pas là aussi des signes de sclérose latérale? Enfin les cellules des cornes antérieures, comme je vous l'ai déjà dit, peuvent être frappées de destruction irrémédiable par des îlots scléreux, et cette destruction peut produire une atrophie musculaire avec secousses fibrillaires et, au dernier terme, réaction dégénérative, absolument comme dans la sclérose amyotrophique.

L'interprétation pathogénique de cette simulation est donc facile; il n'en est pas de même du diagnostic. Il faut avant tout, pour éviter les méprises, être prévenu de ce fait que la sclérose en plaques peut simuler la sclérose latérale. Prévenus de cette simulation possible, vous invoquerez, pour la dépister, les principes que je vous rappelais en commençant. Et si le malheur veut que vous ne découvriez dans cette investigation aucun

des symptômes qui appartiennent à la sclérose multiloculaire, eh bien, vous commettrez presque fatalement une erreur de diagnostic. Mais commettre une erreur, après avoir mis en œuvre tous les moyens de l'éviter, c'est au moins sauver l'honneur, ce qui est bien quelque chose.

De quelques nouvelles médications.

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE QUELQUES NOUVEAUX REMÈDES (CHLORALAMIDE, HYOSCINE, HYDRATE D'AMYLÈNE) DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES.

P. Nacke (*Allg. Zeitschrift f. Psych.*, B. XLVII, H. 1, 1890), résume comme suit son expérience sur l'action thérapeutique du chloralamide, de l'hyoscine et de l'hydrate d'amylène.

I. *Chloralamide.* — 1° Donné à la dose de 1-3 grammes, le chloralamide provoque chez les femmes atteintes de maladies mentales chroniques et chez les épileptiques un sommeil tranquille; son emploi ne présente jamais de danger;

2° Il agit favorablement non seulement sur l'insomnie nerveuse, mais aussi dans le cas d'excitation;

3° Plusieurs fois il agissait comme calmant, donné vers midi à la dose de 1-2 grammes;

4° Son action est beaucoup moins prononcée sur l'insomnie par suite des douleurs;

5° Les malades s'habituant au chloralamide, il faut, de temps en temps, le remplacer par un autre narcotique quelconque;

6° Le meilleur mode de l'administrer, c'est de le prescrire peu de temps avant que l'on ne se couche;

7° Son action est plus lente, mais presque aussi sûre que celle du chloral; le sommeil provoqué par lui est moins profond, mais en même temps plus rafraîchissant que celui qui suit l'administration du chloral, sur lequel il présente l'avantage d'être moins dangereux,

II. *Hyoscine.* — L'auteur la rejette comme complètement inutile.

III. *Hydrate d'amylène.* — 1° Une solution à 10 p. 100 à la dose de deux à cinq cuillerées à bouche diminue le nombre des accès chez des personnes atteintes depuis des années d'épilepsie;

2° On n'avait jamais observé d'effets secondaires dangereux;

3° Son action se maintient telle quelle, même après un usage prolongé pendant trois à cinq mois;

4° Il influence favorablement non seulement l'épilepsie nocturne, mais aussi les autres formes de l'épilepsie;

5° L'action antiépileptique s'exerce indépendamment de l'état psychique du malade.

Il est vrai d'ajouter que chez plusieurs épileptiques traités auparavant par le bromure de potassium, l'administration de l'hydrate d'amylène pendant des semaines entières n'a eu pour conséquence que d'augmenter le nombre des accès et la stupeur déjà très accusée. — P. N.

COURRIER

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (*5e session 1891. — Du 30 mars au 4 avril inclusivement*). — Le Congrès se réunira à Paris dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Guyon. — La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à deux heures.

Questions à l'ordre du jour :

Première question : *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).*

MM. les docteurs P. Reclus, Bazy (de Paris); E. Doyen (de Reims); Vaslin (d'Angers);

Jeannel (de Toulouse); professeur Ollier (de Lyon); docteurs Picqué, Broca (A.), Tuffier (de Paris); Victor Horsley (de Londres).

Deuxième question : *Résultats éloignés de l'ablation des annèxes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.*

MM. les docteurs P. Reclus, Terrillon, Championnière (Just), P. Segond, Bazy, Gustave Richelot (de Paris); E. Doyen (de Reims); Jeannel (de Toulouse); Bouilly, Pozzi (de Paris); Jacobs (de Bruxelles); Spencer Wells (de Londres); Lawson Tait (de Birmingham).

Troisième question : *Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.*

MM. les docteurs Bazy, Championnière (Just) (de Paris); E. Doyen (de Reims); P. Reclus, professeur Verneuil (de Paris).

Questions diverses :

Docteur Jules Bœckel (de Strasbourg) : Considérations sur la résection du genou, d'après 80 observations personnelles.

Docteur E.-J. Moure (de Bordeaux) : De la thyrotomie dans le cancer du larynx.

Docteur Heydenreich (de Nancy) : De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne pratiquée pour ablation d'une tumeur vésicale.

Docteur P. Reclus (de Paris) : Traitement des suppurations pelviennes.

Professeur Thiriar (de Bruxelles) : Un cas de laparo-entérotomie pour obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal.

Docteur E. Doyen (de Reims) : 1° L'actinomycose de l'homme; — 2° l'asepsie en chirurgie.

Docteur J. Toison (de Douai) : De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique (procédé Wagner et procédé personnel de l'auteur).

Docteur Lavaux (de Paris) : Pathogénie et traitement préventif de la fièvre urineuse.

Docteur Montprofit (d'Angers) : Laparotomie pour occlusion intestinale. Guérison.

Docteur Vasiin (d'Angers) : Opérations qui se pratiquent sur le squelette du pied, pour la réduction du pied bot varus équin congénital chez l'adulte.

Docteur Pozzi (de Paris) : Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.

Docteur Picqué (de Paris) : Indications de la cholécystotomie.

Docteur Léon Montaz (de Grenoble) : 1° Sur les anévrysmes fessiers; — 2° contribution à la pathologie de l'os intermaxillaire.

Docteur A. Berthomier (de Moulins) : Ostéomyélite des côtes; — interprétation des signes sthétoscopiques.

Docteur A. Broca (de Paris) : Sur les variétés et la cure radicale de la hernie inguinale.

Docteur P. Segond (de Paris) : Kyste séreux de la face postérieure de la vessie, extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale.

Docteur Tuffier (de Paris) : 1° Des résultats éloignés de la néphropexie pour rein mobile; — 2° de l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical.

Docteur Poirier (de Paris) : Exstrophie de la vessie.

Leprévost (du Havre) : Sur un procédé de restauration du vagin après l'ablation de la cloison recto-vaginale.

Abadie (de Paris) : Pathogénie et traitement de l'ophthalmie sympathique.

Panas (de Paris) : Angiomes encapsulés et suppurés de l'orbite dans le cours de la fièvre typhoïde. — Etude clinique et bactériologique.

Berrut (de Paris) : Observations de guérison définitives de femmes atteintes de rétroversion et de prolapsus utérins.

Pezzer (de) : 1° Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé; — 2° sur une nouvelle sonde en caoutchouc flexible pouvant être stérilisée à l'étuve sans s'altérer.

Darier (A.) (de Paris) : Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.

Leriche (de Mâcon) : Contribution aux indications comparées de la galvanisation et de l'hystérectomie (avec présentation de pièces).

Championnière (Just) (de Paris) : Sur la cure radicale de la hernie inguinale congénitale chez la femme.

Ledru (E.) (de Clermont-Ferrand) : 1° extirpation d'un cancer du rectum par les voies naturelles, sans destruction du sphincter; — 2° Extirpation d'un fibrome de la paroi abdominale adhérent au péritoine.

Terrillon (de Paris) : Hystérectomies abdominales pour fibromes de l'utérus. — Discussion des méthodes opératoires. — Observations et statistique.

Mannoury (de Chartres) : 1° Sur la craniectomie; — 2° sur deux cas de hernie diaphragmétique ayant nécessité une intervention chirurgicale.

N. B. — Prière d'adresser au plus tôt les titres des communications à M. le docteur Pozzi, secrétaire général, librairie F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Société de médecine d'Anvers. — *Concours de 1891*. — Cette Société de médecine organise, pour l'année 1891, un concours portant sur les questions suivantes : 1° Préciser les conditions de la laparotomie dans la dystocie; 2° Exposer le traitement médical et chirurgical de la lithiase biliaire, avec résultats statistiques; 3° Traitement des plaies perforantes de l'abdomen.

Conditions du concours. — Le prix, pour chacune de ces questions, consistera en une médaille d'or (de la valeur de 100 francs), une médaille d'argent ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les Annales de la Société.

Les mémoires devront être envoyés au secrétariat, avenue des Arts, 52, dans les formes académiques habituelles, avant le 1er juin 1891, et seront accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur et la devise de son travail.

— M. le docteur Guindey a été élu, dimanche dernier, sénateur de l'Eure.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Ce concours, auquel ont pris part cinq candidats, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Roque.

Moyen de découvrir les falsificateurs. — Dans une petite ville, un acheteur s'aperçut que le sucre qu'on lui avait vendu était falsifié par de la farine. Il fit insérer dans les gazettes que, si l'épicier chez lequel il avait acheté la marchandise ne lui procurait pas aussitôt du sucre de bonne qualité, il le dénoncerait dans les journaux. Le lendemain il reçut douze différents envois... Il y avait douze épiciers dans cette ville! (D'après *The Chem. and Dr.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Voisard (de Vesoul).

— Nous recevons le premier numéro de la *Revue des sciences naturelles de l'Ouest*, paraissant à Paris, 14, boulevard Saint-Germain, tous les trois mois. Cette revue a pour objet de mettre en relation tous ceux qui, dans l'ouest de la France, s'occupent des questions du domaine des sciences naturelles. Laissé un peu dans l'ombre, l'Ouest mérite qu'on s'intéresse à ses savants et aux recherches qu'ils y poursuivent chaque jour. La *Revue*, dont chaque fascicule comprendra environ 80 pages, s'efforcera de faire connaître les travaux des spécialistes de cette région, et sera exclusivement consacrée à des articles ayant trait surtout aux anciennes provinces de Bretagne, Anjou, Maine, Poitou, Aunis et Saintonge.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Traitᵗ physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

REVUE TRIMESTRIELLE D'OBSTÉTRIQUE

Protection et assistance de la maternité et de l'enfance. Antisepsie de la femme enceinte parturiente et accouchée.

La protection de l'enfance est une question à l'ordre du jour. Plusieurs y voient avec raison un remède à la diminution de natalité. Le directeur général de l'Assistance s'est employé et s'emploie encore avec une louable persévérance à cette œuvre. L'un des premiers, il a fait appliquer la loi Roussel dans son département à l'époque où il était préfet du Calvados. Dans un article publié par les *Annales de gynécologie,* et résumé plus tard pour les lecteurs de l'*Union*, j'ai montré les remarquables résultats obtenus; comment la mortalité avait diminué dans des proportions telles que le Calvados pouvait mettre sans grand désavantage ses statistiques en regard de celles du département le plus favorisé de la France, département où la majorité des enfants étaient élevés au sein.

Empêcher les enfants de mourir, voilà certes un moyen de lutter contre la diminution de natalité. Il en est d'autres non moins efficaces, tels que la protection des femmes enceintes, malheureusement considérées jusqu'ici comme valides et capables de travailler, l'assistance de la femme parturiente et de son enfant, tous deux devant profiter des bienfaits que les perfectionnements de l'obstétrique leur assurent, et enfin l'assistance de la femme accouchée, jusqu'au retour complet à la santé.

A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, M. Pinard faisait remarquer, il y a peu de temps, que la femme enceinte était considérée par l'Assistance comme pouvant et devant subvenir à ses besoins. Il en résulte :

1° Qu'aucun établissement spécial n'existe pour la recevoir;

2° Qu'il n'y a aucun crédit de secours alloué aux femmes enceintes.

Veut-on que je décrive la misère sociale qu'engendre un semblable abandon? Non. Tous ceux qui ont fréquenté les maternités et entendu l'histoire lamentable d'une fille en travail, ou qui ont simplement assisté au *déshabillé* d'une de ces malheureuses, et vu les loques que le Mont-de-Piété leur avait laissées, connaissent cette misère.

Cette question de l'assistance des femmes enceintes est difficile à résoudre; mais, en principe, personne ne contestera qu'il y a urgence de proclamer le droit à être secourue pour toute femme enceinte nécessiteuse.

Le professeur Pinard propose, outre la création, à Paris et dans les départements, d'asiles pour les femmes enceintes, de joindre à ces asiles des crèches où les enfants des femmes chargées de famille seraient soignés

pendant le séjour de leur mère à l'asile. M. Pinard se fonde sur ce fait que beaucoup de mères ne veulent pas quitter leurs enfants, qui, soignés par le père, l'empêcheraient de travailler, ou placés en garde, coûteraient de l'argent.

C'est à Paris qu'on trouve le plus grand nombre de femmes enceintes abandonnées, fait peu extraordinaire, car c'est à Paris qu'on se cache le mieux. Or, faute d'asiles, ces femmes sont aux prises avec la misère noire qui les pousse au crime. M. Pinard, dans son rapport, montre combien est limitée la responsabilité de ces malheureuses, et comment, bien conseillée et intelligemment secourue, la plus coupable d'entre elles, sous l'influence du bien-être physique et moral, peut redevenir ce que la nature l'avait faite primitivement, une mère dévouée.

Donc, la création d'asiles départementaux paraît indiquée; mais on ne peut dire encore ce que donnera leur fonctionnement et celui des crèches, qui devraient leur être annexées. L'expérience seule apprendra comment les femmes enceintes nécessiteuses pourront être le plus efficacement assistées. Il n'en est pas de même de l'assistance des femmes parturientes ou qui viennent d'accoucher. L'expérience est faite à cet égard.

Les femmes en travail qui ont recours à l'Administration peuvent être assistées de deux façons : 1° dans les maternités; 2° chez les sages-femmes agréées. La création des sages-femmes agréées a été imaginée à l'époque où l'isolement était considéré comme le meilleur moyen de mettre les accouchées à l'abri de toute contamination. Aujourd'hui, nous savons que l'antisepsie des maternités est supérieure à celle des chambres des sages-femmes. La mortalité par septicémie est moindre dans une maternité bien dirigée que chez les sages-femmes agréées. Il faut donc supprimer ces dernières et les remplacer par des maternités nouvelles qui coûteront moins que les sages-femmes à l'Assistance.

A côté des parturientes qui demandent asile aux maternités ou à leurs services annexes de sages-femmes, il y a celles qui préfèrent accoucher chez elles et se réclament du bureau de bienfaisance. Pour cette catégorie fort nombreuse, le professeur Pinard demande la création de sages-femmes nommées au concours, n'exerçant que dans des circonscriptions déterminées, assistées de médecins instruits demeurant au centre des groupements.

L'idée me semble excellente. Evidemment la création d'asiles pour les femmes enceintes abandonnées, la nomination de sages-femmes suffisamment instruites, exerçant sous la surveillance et avec le concours de médecins instruits eux-mêmes des choses de l'obstétrique, seraient, avec la multiplication des services d'accouchements, une protection bien efficace donnée à l'enfance et à la maternité; mais combien de temps faudra-t-il pour que ces idées fassent leur chemin et soient mises en pratique? Remarquez qu'il ne s'agit pas seulement d'innovation, mais aussi de réformes. Or, si, dans notre pays, il est difficile d'innover, combien n'est-il pas plus difficile de réformer? Et quand l'innovation ou la réforme ont été obtenues en principe, quand elles ont été votées avec des crédits suffisants, comme il faut le plus souvent, pour la mise en œuvre, une entente générale, ou au moins des efforts réunis, une collectivité de dévouement, et comme tout cela manque fréquemment, l'innovation ou la réforme avortent ou restent incomplètes. Y a-t-il, par exemple, une plus belle loi que la loi Roussel? Dans combien de départements est-elle appliquée? Bien plus : cette loi pro-

tectrice de l'enfance contient un article qu'on pourrait appeler l'article protecteur par excellence. Cet article interdit aux femmes de se placer comme nourrices avant que leur enfant ait sept mois révolus. Il est donc doublement protecteur en laissant à la mère le temps de s'attacher à son nourrisson et au nourrisson le temps d'acquérir une force suffisante pour se séparer de sa mère. Eh bien! où cet article est-il appliqué? Nulle part. Pourquoi? Je laisse de côté les objections qui lui ont été faites et qui pourraient être levées par des subsides suffisants donnés aux femmes qui veulent nourrir leur enfant. Je cherche seulement la cause principale de la non-observance de la loi. C'est aux médecins qu'il faut s'en prendre. Ils ont accrédité et ils accréditent dans les familles l'idée fausse des laits vieux et des laits jeunes. Pour le vulgaire, un lait de sept mois ne saurait convenir à un nouveau-né. Le concours des médecins, leur entente commune serait nécessaire pour faire appliquer l'article VII de la loi Roussel; ce concours, cette entente manque, et l'article est et restera longtemps encore lettre morte.

Créer des asiles pour les femmes abandonnées est chose moins difficile qu'organiser les secours du bureau de bienfaisance, comme l'entend le professeur Pinard. Pour cela, il faut avoir des sages-femmes instruites et, pour avoir des sages-femmes instruites, il faut commencer par réformer l'enseignement. Il est indispensable de relever le niveau de cette classe d'artisans, dont l'utilité ne peut être contestée; quoi qu'on fasse, il y aura toujours plus d'accoucheuses que d'accoucheurs. Dans la majorité des cas, elles suffisent, et les services qu'elles sont appelées à rendre étant de premier ordre, il est à souhaiter qu'elles soient plus instruites, partant mieux considérées. L'homme qui aurait le temps, la volonté, la situation nécessaires pour se consacrer à la tâche de l'enseignement des sages-femmes rendrait au pays un service comparable à celui que rendent actuellement nos maîtres en réformant l'instruction obstétricale des étudiants.

En tête de cet article, au-dessous des mots « protection et assistance », j'ai mis le mot « antisepsie ». C'est qu'une antisepsie rigoureuse est la première des protections. Je me propose de décrire ici ce que doit être, à mon sens, l'antisepsie obstétricale, cette arme puissante grâce à laquelle l'infection puerpérale disparaît. Il y a des médecins et des sages-femmes peu au courant de ce qui se passe dans nos hôpitaux et dans nos clientèles qui ne croient pas à cette disparition et aux merveilles de l'antisepsie. Ce n'est pas pour eux que j'écris ces lignes. Ils sont et seront jusqu'à la fin d'incorrigibles récidivistes et ne cesseront de mal faire qu'en cessant de pratiquer; j'écris pour les sages-femmes et les médecins dont la devise est: « De bien en mieux », pour les praticiens qui pensent que la conscience est la meilleure sauvegarde des intérêts professionnels.

Une partie des procédés dont je vais donner la description est empruntée aux méthodes en usage dans nos maternités, l'autre appartient à ma pratique personnelle.

1° PRÉCAUTIONS ANTISEPTIQUES QUE DOIVENT PRENDRE LE MÉDECIN, LA SAGE-FEMME ET LA GARDE.

Il n'y a pas de petits soins; il n'y a pas de petites précautions. L'antisepsie est une religion dont les rites doivent être gardés scrupuleusement. Nul ne doit examiner ou panser une femme enceinte, parturiente ou accouchée, sans avoir minutieusement lavé ses mains et ses ongles — qui seront

tenus constamment courts — dans une solution de bichlorure ou de bi-iodure de mercure. Si vous vous servez de brosse, n'employez pas la première venue, traînant sur la table de toilette depuis des mois, mais d'une brosse neuve. La meilleure solution mercurielle est une solution mère de bichlorure on de bi-iodure. On verse dans l'eau de la cuvette une quantité de ce mélange suffisante pour que la solution fille contienne 1 gramme de sel mercuriel par litre, l'eau sera très chaude parce qu'elle nettoie mieux, et augmente, dit-on, les propriétés antiseptiques du médicament dissous. Les mains doivent conserver une odeur métallique spéciale, qui ne peut être perçue au moment des lavages. Je reviendrai sur ce fait d'où j'ai tiré d'importantes conséquences.

Des nettoyages très fréquents dessèchent ou même gercent les mains, surtout si l'on emploie le bichlorure. Une friction pénétrante, faite avec la glycérine, le soir, et suivie d'une ablution qui enlève la désagréable sensation poisseuse, conserve à la peau sa souplesse et empêche les gerçures.

Ne touchez pas une femme sans avoir garni votre poignet et votre avant-bras, d'un mouchoir blanc ou d'une serviette, fourrés dans la manchette et entourant la manche.

Au moment de l'expulsion, pendant la délivrance, lors des interventions, ayez les avant-bras nus et aseptiques, c'est-à-dire humides de liquide antiseptique, après savonnage.

En effet, vous ne devez essuyer ni les mains ni les avant-bras, après les lavages, ou, si vous les essuyez, — ce qui ne doit être fait qu'avec une serviette blanche. — rincez-les de nouveau dans la solution, et ne touchez ni les draps, ni les couvertures, ni les meubles, ni les habits; mais seulement les objets ou les substances qui sont aseptiques eux-mêmes. Si par mégarde vous le faisiez, la main contaminée serait replongée de suite dans la solution mercurielle.

Quelles précautions prendre, si vous aviez récemment donné vos soins à une femme suspecte ou contaminée, et si vous étiez *réduit à la nécessité* de secourir une autre femme en couches ?

J'ai toujours été préoccupé de cette question, surtout pendant mon clinicat. Voici comment je la résous.

Le praticien qui vient de soigner une femme septique, surtout si les contacts ont été prolongés comme il arrive quand on donne une injection intra-utérine, est exposé, pendant un temps *variable*, à infecter d'autres femmes, quoi qu'il ait lavé ses mains plusieurs fois dans les antiseptiques, quoi qu'il ait changé d'habits et de linges. Le fait est acquis à la science.

D'ou vient cette ténacité des germes? Comment y remédier? Pour la ténacité des germes tout dépend du degré d'imprégnation de la peau. Les liquides en contact avec les mains pénètrent à la longue non seulement dans les replis épidermiques, mais encore dans le glandes. Ils en sortent lentement, au fur et à mesure que la perspiration cutanée se rétablit. En voulez-vous la preuve? Prenez un antiseptique sans odeur, — et à mon avis on ne doit employer que ceux-là, — une solution de bichlorure ou de bi-iodure de mercure, par exemple.

Baignez-y vos mains pendant dix minutes, un quart d'heure, ou lavez-les à diverses reprises en les savonnant. Essuyez et séchez vos mains, puis flairez-les. Elles ont l'odeur de propreté, et c'est tout. Laissez alors à la perspiration cutanée le temps de s'établir, et vos mains prendront une odeur spéciale, dite métallique. Je pourrais donner d'autres preuves em-

pruntées à des faits bien connus. Qui ne sait à quel point l'odeur des amphithéâtres et des salles d'autopsie s'attache à ceux qui y séjournent. Les odeurs sont d'une ténacité parfois désespérante. Quand les mains seules ont été en contact avec un liquide puant, on croit se débarrasser par des lavages, et on se débarrasse en apparence, mais pour peu de temps; bientôt elle revient et vous poursuit. On se lave de nouveau, elle disparaît encore, puis revient. Or, le moment où elle revient est celui où la perspiration cutanée, cette insensible exsudation des glandes, se rétablit.

Comment reméder à la ténacité des germes? En évitant leur contact prolongé et en prolongeant au contraire le contact des antiseptiques. Il faut en saturer le derme, les faire pénétrer dans tous les pores de la peau. Pour éviter le contact prolongé des matières septiques, on doit avoir près de soi une cuvette remplie de solution mercurielle forte et y rincer la main dès qu'elle est souillée.

Pour prolonger le contact des antiseptiques et les faire pénétrer dans les pores de la peau, il faut submerger les mains pendant un quart d'heure où vingt minutes dans un bain mercuriel, après brossage et savonnage.

A la rigueur cela pourrait suffire, mais il vaut mieux laisser à la perspiration cutanée le temps de s'établir, la faciliter en y entretenant une chaleur continue, douce, pénetrante et prendre un nouveau bain.

Je n'ai pas parlé des vêtements. Ils ne sont dangereux que lorsqu'ils ont été vraiment imprégnés; d'ailleurs, si l'on a le moindre doute, on en change.

On usera, pour le toucher, de vaseline boriquée tenue à l'abri des poussières. Le médecin seul ou la sage-femme y toucheront, et quand ils y plongeront le doigt, celui-ci ne sera pas souillé de sang; mais propre et humide de solution mercurielle. Au besoin, s'il y a des économies à faire, si l'on ne peut renouveler la vaseline, on mettra dans un récipient aseptique en porcelaine sans brèches ni gerces la quantité de vaseline nécessaire au lieu de puiser directement dans la provision.

Aucun instrument ne sera employé qu'il n'ait été préalablement démonté, puis flambé. On les place dans une grande bassine dont le fond est recouvert d'une mince couche d'alcool à laquelle on met le feu. Le feu éteint, on couvre l'instrument de solution antiseptique. Les instruments qui ne supportent pas la flambée, tels que les sondes en caoutchouc rouge, seront conservés dans des éprouvettes bouchées, pleines d'une solution de naphtol β pur ou d'acide borique. N'employez pas les sondes en gomme. Faites d'un tissu feutré et enduites d'un vernis qui s'écaille, elles ne sont pas aseptisables. Evitez les sondes en verre. Elles sont propres, mais elles peuvent casser. En tous cas, ne vous en servez pas pendant le travail. Une poussée fœtale un peu forte les briserait. Préférez les sondes en caoutchouc rouge ou en celluloïde et ne vous servez qu'une seule fois des premières. Les autres peuvent être bouillies. Enfin, rappelez-vous qu'on ne doit sonder que les vessies combles. La cystite des femmes enceintes et accouchées survient après les sondages et est entretenue par eux.

Les instruments employés dans des cas suspects seront plongés, pendant deux heures, dans de l'eau tenue en ébullition constante.

La femme accouchera sur des draps qui n'auront pas servi, et son linge propre lui-même ne sera pas en contact avec la vulve. Les organes génitaux et parties avoisinantes seront savonnés avec la solution mercurielle. Les mains de la parturiente seront aussi savonnées dans la solution mer-

curielle, car quelques femmes ont l'habitude de tâter leur vulve pendant le travail comme pour analyser les progrès de l'expulsion. La vulve sera garnie d'ouate aseptique, et, si le travail se prolonge, des injections boriquées ou naphtolées à saturation seront données toutes les heures. N'employez jamais les sels de mercure chez les femmes dont les reins fonctionnent mal. Usez-en modérément chez les femmes saines. Elles produisent une cuisson parfois intolérable. Elles tannent et dessèchent le vagin, ce qui rend le toucher difficile et douloureux.

Au moment de l'expulsion, ayez à vos côtés une cuvette remplie de solution mercurielle. Dans cette cuvette seront plongés : 1° les ciseaux qui couperont le cordon; 2° les fils à ligature; 3° des tampons d'ouate hydrophile; avec ces tampons, la commissure antérieure, la vulve, la commissure postérieure, le périnée, le sillon interfessier et l'anus seront abstergés *dans l'ordre que j'indique*. L'anus béant sera minutieusement nettoyé.

Le médecin ou la sage-femme feront eux-mêmes la première toilette, consistant, outre les lavages externes, en irrigations vaginales ou utérines. L'irrigation utérine est nécessaire lorsque l'accouchée est suspecte ou surmenée, et lorsque le fœtus est venu mort. Il vaut mieux faire deux irrigations, avant la délivrance dans la cavité des membranes et après la délivrance. Dans les cas très suspects, l'irrigation continue sera employée. C'est le conseil de MM. Pinard et Varnier. Il est bon. J'ai décrit dans l'*Union* cette méthode pendant les suites de couches : quand l'état est physiologique, c'est-à-dire quand le thermomètre, *seul avertisseur fidèle*, oscille entre 36° et 37°5, il n'y a pas d'autres précautions antiseptiques à prendre que les lavages et injections d'eau boriquée ou naphtolée répétés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures. On se servira de tampons d'ouate hydrophile, prise séance tenante dans ses enveloppes ou dans une serviette blanche, et les tampons ne serviront que pour une seule abstersion. La vulve sera garnie d'ouate ou d'un linge bouilli. Jamais la malade n'urinera que pendant ou avant une toilette. Toutes les plaies réparables auront été réunies par première intention après le travail.

2° PRÉCAUTIONS ANTISEPTIQUES QUE LA FEMME DOIT PRENDRE ELLE-MÊME.

Les soins du médecin et de la sage-femme ne suffisent pas. Il faut que la femme grosse se tienne en état d'asepsie. Pour cela, l'accoucheur ne peut donner que des conseils, et il y aura toujours des femmes qui négligeront de les suivre.

Les soins consistent en bains généraux, lavages externes, injections.

Les bains ne sont pas indispensables. Je m'en défie même quand la baignoire est louée, et je fais naphtoler son contenu.

Au contraire, on ne peut se passer ni des injections ni des lavages.

Les lavages commenceront un mois au moins avant le terme. Chaque matin on savonnera le bas-ventre, les poils du pubis, la vulve, la face interne des cuisses et le sillon interfessier avec une abondante mousse de savon. Une injection vaginale *tiède* suivra ce savonnage et sera renouvelée le soir; mieux vaut la faire au lit.

Les injections seront prises pendant toute la grossesse, s'il y a des pertes blanches. On emploiera, comme liquide, l'eau saturée d'acide borique ou de naphtol; comme appareil, le bock émaillé muni d'un tube de caoutchouc. La canule sera en verre ou mieux en celluloïde transparent, elle séjournera

constamment dans le bock où on la prendra au moment de l'introduire dans le vagin et où on la remettra après l'injection.

Tels sont, à mon avis, les soins — encore perfectibles — qui permettent à la femme d'accoucher sans que sa vie soit, comme celle du soldat pendant la bataille, livrée à tout hasard. H. STAPFER.

CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

Si vous avez lu la circulaire que M. Cézilly, président de la Société de l'Oise, adresse à toutes les Sociétés de France, vous aurez remarqué avec quelle acrimonie il parle du bureau de l'Association générale, et avec quel superbe dédain il traite le *projet de règlement pour l'indemnité-maladie* présenté par la Gironde.

Ce qui paraît irriter surtout M. Cézilly, c'est que le Conseil général ait adressé le projet de la Gironde aux Sociétés locales, plutôt que celui de l'Oise dont on a relaté seulement deux ou trois articles à titre d'amendements possibles, sur un point d'ailleurs capital.

Et M. Cézilly se montre d'autant plus indigné que, d'après lui, on aurait décidé, dans la réunion de la commission, le 17 octobre dernier, que « les deux projets de la Gironde et de l'Oise seraient envoyés aux Sociétés locales ».

Sur ce point mes souvenirs ne sont nullement conformes à ceux de notre confrère. Il me souvient, au contraire, que le projet de la Gironde fut seul adopté, comme pouvant servir de type, et que, sur les instances de M. Cézilly, on décida d'adjoindre, comme amendements, les articles du projet de l'Oise concernant la cotisation, le mode et le taux de l'indemnité. Ce qui a été fait.

Pourquoi la Commission présidée par M. Hérard a-t-elle choisi le projet de la Gironde?

M. Cézilly n'hésite pas à répondre : « Parce que ce projet nouveau-né, mal étudié, ne s'appuyant sur aucun calcul, ne prévoyant pas les difficultés d'organisation... est obscur, laisse le doute dans l'esprit et prête le flanc à des objections nombreuses... »

Un peu plus et M. Cézilly nous accuserait d'avoir mis nos soins à rédiger un projet de complaisance, d'avoir mis volontairement au monde un *nouveau né* non viable!

Ce reproche nous toucherait d'autant plus vivement que nous aurions entraîné dans notre félonie les présidents et délégués de dix autres Sociétés locales. Car, il ne faut pas l'oublier, le projet dit *de la Gironde*, est, en réalité, le projet des Sociétés du Sud-Ouest.

Ces Sociétés, et probablement aussi le Conseil général, ont pensé qu'il importait de ne présenter à l'examen des Sociétés locales, et à la discussion de l'assemblée générale, que des formules simples, aussi condensées que possible, et fixant seulement les bases essentielles des principes applicables à toutes les Sociétés, laissant à chacune d'elles le soin d'établir ensuite son règlement particulier. Or, le projet de l'Oise, très long, très détaillé, trop compliqué, a paru dépasser les nécessités présentes.

Est-il néanmoins plus clair, mieux *appuyé sur des calculs* que celui de la Gironde?

J'ai eu beau chercher, dans les nombreux articles du projet de l'Oise, une chose *essentielle* qui ne fût pas indiquée dans celui de la Gironde, et j'avoue ne l'avoir pas trouvée. La seule différence importante se trouve dans le système des contributions et des indemnités, c'est-à-dire précisément dans les articles publiés comme amendements par la commission.

Oui, le mode de cotisation et de règlement des indemnités n'est pas, dans le projet girondin, ce qu'il est dans le projet de l'Oise. Il est évident pourtant que les deux projets sont basés sur les mêmes documents, sur les tableaux de M. Nelson (Association amicale des médecins anglais), aussi bien que sur ceux de M. Hubbard, de la Société de céramique, et sur les rapports annuels du ministère de l'intérieur. Mais, avec les mêmes données on peut se livrer à des combinaisons diverses, très simples ou très compliquées. M. Cézilly préfère le compliqué; les Girondins ont choisi le simple, et celui, à

notre sens, qui doit donner plus entière satisfaction à ceux qui désirent s'assurer contre les risques du chômage par la maladie. Il s'autorise de la loi formulée par M. Lagoguey :

« Toute association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité temporaire ou permanente, par suite de maladie ou d'accident, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. — L'Association peut payer cette indemnité, avec ses seules ressources, quelle que soit la durée de la maladie. »

Il a paru aux Girondins que, dans une Association comme la nôtre, qui est de solidarité fraternelle, l'uniformité de la cotisation est préférable à la cote variable, selon l'âge d'entrée; et qu'une indemnité modérée, pendant toute la durée de la maladie, vaut mieux que l'indemnité double limitée à quatre mois.

Nous avons admis que le taux de l'indemnité peut être doublé si la cotisation est portée de 60 francs à 120 francs par an. Ici, M. Cézilly fait remarquer judicieusement que 48 + 12 + 48 ne font pas 120. Nous nous en doutions un peu ; mais nous avons expliqué, devant la commission, en présence de notre honorable confrère de l'Oise, pourquoi nous portons à 120 francs la double cotisation : le nombre des confrères, qui, dans les campagnes, voudront s'imposer une telle dépense, sera relativement rare. Il peut arriver néanmoins que la malechance fasse tomber la maladie sur eux en proportion plus considérable que sur les autres, et, comme leur indemnité sera double, la caisse est exposée à subir de graves atteintes. Pour compenser un peu cette inégalité, on présume que ces privilégiés de la fortune peuvent, sans injustice, être frappés d'une majoration de 10 francs par cote annuelle.

Notre raisonnement, — celui des dix Sociétés du Sud-Ouest, — peut ne pas être accepté; mais il nous exonère du moins du crime d'ignorance en arithmétique.

Dr Hameau,
Président de la Société de la Gironde.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes. — Résultats de l'excision d'une synovite tuberculeuse.

M. Routier n'a jamais fait d'hystérectomie vaginale pour la cure des suppurations pelviennes, mais il peut comparer aux résultats de M. Segond ceux qu'il a obtenus par la laparotomie. Or, les cas qu'il a opérés dans le même laps de temps que M. Segond, du 10 août 1890 au 31 décembre 1890, se montent à un chiffre très comparable au sien.

M. Segond a cité 23 cas avec 4 morts. M. Routier a fait 22 laparotomies pour salpingites, dont 12 salpingites suppurées, 4 hémato-salpinx, 1 hydro-salpinx, 5 salpingites parenchymateuses avec ovaires polykystiques, et ces 22 opérations n'ont pas été suivies d'un seul décès ; sur les 12 pyo-salpingites, 10 sont bien guéries, les deux autres laissent à désirer.

Dans l'un de ces deux derniers cas, il s'agit d'une femme que M. Routier a opérée le 13 août 1890, qui avait une double pyo-salpinx et dont la poche gauche communiquait avec la vessie ; il enleva la salpingite suppurée à droite; quant à celle qui s'ouvrait dans la vessie, il l'ouvrit, sutura ses parois à la paroi abdominale et draina ultérieurement cette poche par le vagin. La fistule purulente a persisté, et M. Routier se demande si on ne pourrait lui appliquer le drainage vaginal par l'hystérectomie.

L'autre cas a rapport à une femme chez qui il s'est développé un phlegmon chronique et une induration de la paroi abdominale à la suite de l'ablation de deux poches purulentes volumineuses.

A part ces deux cas, M. Routier a été très satisfait des résultats fournis par la laparotomie dans les pyo et les hémato-salpinx, bien que ces cas fussent loin d'être ordinaires.

Dans les cas moins graves de salpingites interstitielles, avec ovaires polykystiques, avec peu d'adhérences, pédiculisation facile, la laparotomie est une opération beaucoup plus bénigne que l'hystérectomie vaginale la plus facile.

M. Routier pense que l'hystérectomie vaginale, appliquée à tous les cas, est plus périlleuse que la laparotomie, et il la réservera pour les cas rares où la laparotomie n'est pas indiquée. Le diagnostic de ces cas est du reste excessivement difficile, de telle sorte que, dans les cas douteux, il vaut mieux toujours faire d'abord la laparotomie exploratrice.

M. Lucas-Championnière n'a pas pratiqué l'opération que préconise M. Péan et serait disposé à y recourir s'il avait à opérer une malade portant une pelvi-péritonite étendue avec poches multiples. Lorsque les tissus qui entourent l'utérus sont tous atteints, l'hystérectomie est utile, en permettant de drainer largement. Mais les cas de ce genre sont fort rares, et M. Lucas-Championnière n'en a pas encore rencontré, tandis que M. Segond a fait beaucoup de fois l'opération, ce qui est l'indice certain qu'il l'a faite trop souvent.

L'ouverture des pyo-salpingites à l'aide de la laparotomie donne très souvent de bons résultats. Il en est de même lorsqu'on enlève par la voie abdominale les poches purulentes des trompes ou des ovaires. Il s'agit là d'opérations bien plus faciles que l'hystérectomie, même quand on est forcé de laisser dans le ventre une partie de la poche. La laparotomie permet encore de détruire les adhérences intestinales ou épiploïques. Cette rupture des adhérences est très utile et fait disparaître un grand nombre de symptômes dont se plaignent les malades. On obtient très rapidement de bons résultats, quelle que soit la méthode employée contre les pyo-salpingites, et, pour ce qui concerne les suites éloignées, il y a trop peu de temps que l'on fait l'opération de Péan, pour que l'on puisse poser, relativement à elle, des conclusions fermes. Il faut bien savoir que les accidents ne se produisent quelquefois que plusieurs mois après l'intervention opératoire. Le petit nombre de faits que l'on possède ne permet pas non plus de fixer la mortalité comparée des deux opérations. Le diagnostic précis des affections du petit bassin est excessivement difficile à poser; de telle sorte que l'on fait souvent la laparotomie sans être absolument certain de sa conduite ultérieure. Il arrive alors souvent que l'intervention peut être moins étendue que celle que l'on croyait faire tout d'abord. L'hystérectomie est toujours la même, quelle que soit la lésion que présente la malade, et, si on y a recours trop souvent, on enlèvera des utérus qui auraient pu être laissés dans l'abdomen.

M. Terrier n'a pas fait l'opération de Péan et il ne peut présenter que des considérations théoriques, en se basant sur les observations de M. Segond.

Lorsque les suppurations pelviennes sont étendues, l'opération de Péan peut être fort utile. Il y a des cas où, le ventre ouvert, on ne reconnaît rien du tout ou les adhérences sont généralisées, de telle sorte que l'ablation des annexes expose à des délabrements considérables, à l'ouverture du rectum, etc. Souvent encore, il arrive que des vaisseaux qui ne donnent pas pendant l'opération échappent au chirurgien, et alors il arrive que la malade meurt d'hémorrhagie interne. L'opération peut être tellement difficile que certains chirurgiens ont dû fermer le ventre sans la terminer, ce que, du reste, M. Terrier n'a jamais fait. Dans les faits de ce genre, il est évident que l'opération de M. Péan est indiquée. Malheureusement, ce sont là des cas exceptionnels et il est très difficile, comme on l'a déjà dit, de poser exactement un diagnostic de suppuration pelvienne. Chez la plupart des malades, on devra faire d'abord la laparotomie exploratrice avant de se décider.

Parmi les observations de M. Segond figurent cinq faits dans lesquels il s'agissait de salpingites catarrhales non suppurées. M. Terrier pense que la laparotomie est alors toujours indiquée, de même que lorsqu'il s'agit d'ovaires polykystiques; l'hystérectomie est certainement beaucoup plus grave.

Dans deux cas, il s'agit d'ovaires polykystiques avec rétroversion utérine; l'intervention indiquée est, pour M. Terrier, l'hystéropexie avec ablation des ovaires. L'enlèvement de l'utérus est beaucoup trop radical.

Dans 6 pyo-salpingites suppurées doubles, M. Segond a enlevé l'utérus et les annexes par le vagin. La possibilité même de cette ablation prouve qu'il n'y avait que peu ou pas d'adhérences, pas de pelvi-péritonite et que, par conséquent, la laparotomie aurait été très facile. Cependant, il faut bien reconnaître que les cas de ce genre peuvent être discutés et qu'on ne sait pas encore absolument s'il vaut mieux laisser ou enlever l'utérus.

Dans 7 des observations de M. Segond, la pyo-salpingite suppurée s'accompagnait de pelvi-péritonite. Il est évident qu'alors l'opération par la laparotomie est très difficile; mais l'ablation par le vagin est certainement aussi grave et aussi pénible, puisqu'il y a eu 3 morts sur les 7 opérations. Du reste, ce mode d'intervention n'assure pas absolument l'enlèvement des annexes, qui sont très difficiles à trouver au milieu des fausses membranes, de telle sorte que M. Segond a dû plusieurs fois les laisser et se borner à enlever l'utérus.

L'opération de Péan est indiquée quand il y a des fibromes utérins avec pelvi-péritonite et aussi quand l'opération faite par la voie abdominale n'a pas été suivie de guérison.

M. Reynier partage l'avis des précédents orateurs. L'opération de Péan est indiquée quand il y a des lésions des annexes avec des poussées de pelvi-péritonite, de nombreux foyers péri-utérins, des fistules, etc. L'enlèvement des parois de la poche ne peut guère alors être tenté et l'ablation de l'utérus ouvre une voie facile à l'écoulement du pus.

D'après sa statistique, M. Segond a eu 4 morts dans ses 23 opérations. M. Bouilly en a eu 4 sur 30 et M. Richelot 3 sur 30. M. Reynier a eu sur 32 opérations (laparotomies dans les salpingites suppurées hémorrhagiques, ovaires kystiques) 2 morts seulement; dans un des deux cas terminés fatalement, il s'agissait d'une pyo-salpingite avec fistule rectale et c'était la seule fois que l'hystérectomie vaginale était indiquée. En fait, on doit considérer cette opération comme une méthode d'exception.

— M. Prengrueber a eu occasion d'opérer, il y a deux ans, un malade atteint d'une synovite à grains riziformes du dos de la main et il présente le malade. La lésion remontait en haut jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras et occupait en bas la moitié du dos de la main; la synoviale épaissie et tomenteuse était pleine de grains. En faisant l'ablation, M. Prengrueber dut mettre à nu et disséquer, dans une hauteur de 15 à 20 centimètres, 8 à 10 des tendons extenseurs des doigts qui furent complètement séparés des tissus voisins. La peau fut ramenée sur la région suturée et, grâce à une antisepsie rigoureuse, le malade guérit. M. Prengrueber craignait qu'il ne se produisît une adhérence de tendons et que de plus la maladie ne récidivât. Or, les choses se sont comportées beaucoup mieux. La peau qui recouvre les tendons dénudés est aussi mobile qu'à l'état normal et ces tendons fonctionnent comme si le malade n'avait subi aucune opération. Il s'est reformé aux dépens des mailles du tissu cellulaire de nouvelles synoviales absolument parfaites. Le malade a actuellement une tumeur blanche du coude qui va être opérée; la synoviale de la paume de la main et de la partie antérieure de l'avant-bras du côté opposé à la lésion primitive est devenue à son tour le siège d'une nouvelle synovite à grains riziformes. La tuberculose s'est donc fort aggravée et cependant il n'y a pas eu de récidive locale. Ce fait montre : 1° Que la dénudation des tendons, quelque étendue et quelque complète qu'elle puisse être, ne compromet pas leur fonctionnement, lorsque l'antisepsie a été complète et que la guérison s'est produite par première intention; 2° Que l'ablation complète d'un foyer tuberculeux, fût-il très étendu, peut guérir et ne pas récidiver, alors même que le malade est en puissance de tuberculoses locales multiples en pleine évolution.

— M. Tuffier lit une observation de grossesse extra-utérine.

— M. Verchère lit une observation d'épilepsie jacksonnienne traitée par la trépanation et suivie de guérison.

— M. Févrièr présente un malade trépané pour paralysie et guéri.

VARIÉTÉS

Vote par la Chambre des députés d'une loi sur l'exercice de la médecine.

Suppression des officiers de santé, réglementation de l'art dentaire, suppression du doctorat en chirurgie, obligation pour tous les docteurs en médecine de déférer aux réquisitions de la justice, conservation des sages-femmes de 1re et de 2e classe, droit pour les médecins de se constituer en syndicats, autorisation aux médecins de pouvoir fournir des médicaments à leurs malades dans les cas d'urgence, ou quand ceux-ci sont éloignés de plus de 4 kilomètres d'un pharmacien, tels sont les points principaux de cette loi.

Les officiers de santé exerçant actuellement et les élèves ayant pris actuellement des inscriptions d'officiat resteront officiers de santé. A un certain moment donc, il n'y aura plus que des docteurs en médecine en France, mais il y aura encore deux catégories de sages-femmes, ce qui semble une contradiction avec le résultat précédent. Pourquoi deux ordres de sages-femmes alors qu'il n'y a plus qu'un ordre de médecins? Pourquoi ne pas élever un peu le niveau des études des élèves sages-femmes de 2e classe, abaisser un peu celui des élèves de 1re classe et mettre le tout au même point?

La réglementation de l'art dentaire était une nécessité comprise par tout le corps médical, même de la plupart des dentistes non diplômés, mais instruits, puisqu'ils avaient créé un diplôme spécial. Reste à connaître le règlement qu'on leur imposera comme programme d'études, avant d'obtenir leur brevet spécial. Mais nous n'en sommes pas encore là. Il faut d'abord que le Sénat ait donné son approbation au projet.

M. le professeur Brouardel a pris une grande part à la discussion en qualité de commissaire du gouvernement. Il avait à défendre le projet de celui-ci, un peu opposé à celui de la commission, défendu par son rapporteur, presque son auteur, notre honorable confrère M. le docteur Chevandier, et à faire rejeter de nombreux amendements Grâce à la sympathie qu'il a su inspirer à la Chambre dès son début parlementaire, et à ses qualités d'orateur, M. Brouardel a presque toujours obtenu gain de cause. Il n'a été battu que sur un point important, et alors qu'il avait pleinement raison, sur l'art. 30, portant que tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous peine de.....

Cet article a été proposé au cours de la discussion par M. Frédéric Grousset. « M. Brouardel, dit le *Bulletin médical*, a fait remarquer que, d'un commun accord, le gouvernement et la commission avaient pensé remettre cette question au moment où la Chambre discutera la réforme du Code d'instruction criminelle. Il a insisté sur ce fait que la médecine légale ne s'improvise pas, et qu'on peut être un excellent médecin, un très bon chirurgien, sans avoir la compétence nécessaire dans les questions, souvent si délicates, de la médecine légale, et que, par conséquent, l'article additionnel proposé par M. F. Grousset devrait être repoussé.

(Nous ferons remarquer que nous avons à plusieurs reprises soutenu la même thèse, à savoir que la médecine légale a besoin d'un enseignement particulier, d'une instruction spéciale donnée à des médecins, pour pouvoir être exercée d'une manière satisfaisante, en rapport avec les données actuelles de la science.)

« M. le docteur Bourgeois, député de la Vendée, a parlé dans le même sens que M. Brouardel, mais vainement.

« Par 423 voix contre 70, la Chambre a adopté l'article additionnel de M. Frédéric Grousset, fortement appuyé par M. le docteur Armand Després.

« Par conséquent, si cet article 30 — œuvre de M. Grousset et de M. Armand Després, — est adopté par le Sénat, tout médecin qui refusera — fût-ce par scrupule de conscience — de déférer aux réquisitions de la justice, sera puni d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs. Il pourra, en outre, être condamné à un emprisonnement de quinze jours à trois mois. »

Espérons que le Sénat comprendra qu'un homme, fût-il médecin, qui ignore certaines choses, pour ne pas les avoir apprises, est en droit de se récuser lorsqu'on le sommera de se prononcer sur ces choses, dont dépendent la vie et l'honneur d'autrui. — Dr Ph. L.

COURRIER

Nous apprenons que l'organisation du stage obstétrical vient enfin de recevoir l'approbation du ministre. Ce stage serait de un mois et aurait lieu après la seizième inscription.

La première partie du cinquième examen serait divisée en deux épreuves éliminatoires (Clinique obstétricale, Clinique chirurgicale.)

— M. le docteur F. Despagnet est nommé médecin oculiste du collège Rollin.

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central en chirurgie.* — Les membres du jury de ce concours sont définitivement MM. Nélaton, P. Segond, Lefort, Horteloup, Desprès et Comby.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril, à sept heures, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, près du Gymnase, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement au docteur Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacquin (de Metz).

La mortalité des enfants en Russie. — L'organisation sanitaire de l'Empire russe et les conditions sanitaires de la vie de la plupart des habitants laissent beaucoup à désirer. La mortalité en Russie est beaucoup plus élevée que dans les autres pays. Sur 1,400,000 enfants du sexe masculin nés en 1855, dans 21 ans, en 1876 (époque de la circonscription), 610,000, soit 43 p. 100 seulement, sont restés vivants. Sur 1,512,202 garçons nés en 1861, en 1882 (époque de la circonscription), 777,769, soit 51 p. 100 furent trouvés vivants. Sur 382,109 appelés en 1884, 71,697 hommes, soit 19 p. 100, furent trouvés à l'examen médical, incapables pour le service militaire. L'incapacité militaire est le plus souvent déterminée (dans 32,9 p. 100 de cas) par les affections des os, des articulations et des muscles.

Ces tristes chiffres n'ont pas besoin de commentaires et montrent que, si la France est menacée par la dépopulation à cause de sa faible natalité, la Russie, dont la natalité est considérable, est menacée à son tour par la dégénération physique de ses habitants, dégénération qui fut constatée de toutes parts et à plusieurs reprises par les dernières recherches statistiques des hygiénistes russes. (*Lyon méd.*)

Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes de Pâques 1891.* — Extension de la durée de validité des billets *aller* et *retour.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans étendra jusqu'au mardi 7 avril inclus la durée de validité de ses billets d'*aller* et *retour* réduits de 25 p. 100, qui seront délivrés, pendant la période du mercredi 25 mars inclus au lundi 6 avril inclus, aux conditions de son tarif spécial A n° 9.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précipité, lorsqu'elle sera supérieure à celle ci-dessus fixée.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou,* puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Un cas de tuberculose aspergillaire.

Messieurs, le 16 février est entré dans nos salles un malade qui, depuis deux ans, est atteint d'un rhume persistant. A son arrivée, il avait une fièvre légère, le thermomètre ne montant pas au-dessus de 38°5, qui diminua au bout de quatre à cinq jours et est actuellement disparue. Les antécédents héréditaires sont nuls. Le père est mort asthmatique et la mère d'une maladie inconnue; le malade lui-même a eu la fièvre typhoïde, la petite vérole et a été réformé pour une hernie. En 1885, il a souffert d'une pleurésie gauche qui guérit assez rapidement, puis l'année suivante a eu une pleurésie droite qui a nécessité une ponction ; enfin, il a encore souffert de douleurs rhumatismales. Il y a deux ans, notre homme s'est mis à tousser; depuis ce temps, la toux est restée persistante, présentant de temps à autre des exacerbations; l'épidémie de grippe n'a pas entraîné de complications. La santé a commencé à s'altérer lorsque la toux durait depuis quelques mois, et il est survenu successivement trois hémoptysies. Ces dernières ne se sont du reste pas reproduites et le malade n'a plus rendu que des crachats striés de sang. L'amaigrissement s'est accentué peu à peu et la perte de poids a été d'environ 10 kilogrammes.

Au moment de l'entrée, on a constaté facilement qu'il y avait une bronchite généralisée. De plus, au niveau de la fosse sus-épineuse du côté gauche, la sonorité était diminuée, et la différence avec le côté droit supérieure à celle que l'on constate habituellement. Au même point, le murmure vésiculaire était affaibli, un peu rude, l'expiration un peu prolongée et il y avait de petits râles très fins, après les grandes inspirations qui suivent la toux. Cette dernière était très retentissante, ainsi que la voix, et l'on constatait de la bronchophonie et de l'augmentation des vibrations. Tous ces phénomènes, modérés, mais manifestes, étaient limités à la partie supérieure du côté gauche, en arrière, et la fosse sous-épineuse ne présentait rien de notable. En avant et à gauche, il y avait un peu de tympanisme, et la tonalité du son obtenu par la percussion était un peu élevée ; le murmure vésiculaire était normal. En somme, tous les signes étaient limités à la partie supérieure du côté gauche en arrière, et, dans le reste de la poitrine, on ne constatait que des signes de bronchite qui sont du reste entièrement disparus.

Le malade rend des crachats épais, visqueux, opaques, nummulaires, nageant dans de la sérosité et mélangés de matières noirâtres de nature

mal déterminée. Bien que cette expectoration ait absolument l'aspect de celle que l'on rencontre dans la tuberculose, on ne trouve point de bacilles à l'examen microscopique, et cela est d'autant plus étonnant que le malade se présente absolument sous l'apparence d'un tuberculeux classique. Les phénomènes constatés du côté du poumon, l'altération de la santé, l'amaigrissement, etc..., conduisaient forcément à peu près à ce diagnostic, qui n'était contredit que par l'absence des micro-organismes caractéristiques qui existent presque toujours dans ces conditions. Les bacilles manquent surtout chez deux catégories de tuberculeux : chez ceux qui sont au début de la maladie quand il n'y a pas de ramollissement et chez ceux qui ont un catarrhe bronchique abondant dont la sécrétion noie celle des parties tuberculeuses. Dans le cas actuel, il n'y a pas à invoquer ces conditions, car les crachats paraissaient venir des parties malades, et les craquements qui suivaient la toux indiquaient le ramollissement.

Au lieu des bacilles, on a trouvé dans les crachats une sorte de champignon, l'aspergillus. Inoculé sur la gélose, ce dernier a donné une végétation caractéristique. L'aspergillus est du reste une moisissure très répandue; mais ce qui rend sa présence très intéressante chez notre malade, c'est qu'il exerce une profession toute spéciale, celle de gaveur de pigeons. Or, MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal ont montré que, chez les personnes exerçant ce métier, il pouvait se développer une maladie particulière du poumon, due à l'aspergillus. Pour gaver les pigeons, on leur introduit dans le bec des quantités considérables de millet délayé dans de l'eau. Les hommes qui se chargent de ce soin se remplissent la bouche avec ce grain et le projettent par expuition dans le bec des animaux. Or, l'aspergillus est très commun sur les grains de millet, et c'est là probablement l'origine de la maladie.

Les variétés de l'aspergillus sont très nombreuses et ont reçu différents noms, d'après la couleur des végétations. Les éléments de la plante sont : un thalle, formé de filaments cloisonnés, enchevêtrés et anastomosés, donnant naissance à d'autres filaments, qui se dressent verticalement et se renflent en massue à leur partie supérieure; ces renflements supportent les spores. Dans l'espèce d'aspergillus que nous avons trouvée chez notre malade, les renflements sont couverts de prolongements qui leur donnent l'aspect d'un goupillon. Les espèces d'aspergillus ont des propriétés physiologiques variables : les unes ne peuvent vivre qu'au froid, tandis qu'il faut aux autres une température oscillant entre 15 et 40°.

Les spores d'aspergillus se fixent dans différents tissus et s'y développent. Les pigeons sont atteints d'une maladie spéciale du plancher de la bouche qu'on appelle le chancre, et qui est caractérisée par une petite tumeur dont la grosseur varie de celle d'un pois à celle d'une noisette; au centre, on trouve l'aspergillus. Les pigeons présentent en même temps le parasite dans les viscères, où l'on trouve des granulations qui ressemblent absolument aux granulations tuberculeuses. En effet, elles sont d'abord formées par des leucocytes et des cellules épithéliales entourant l'aspergillus. Ensuite, les cellules embryonnaires se tassent autour. Parfois un fragment de parasite se trouve dans une cellule géante, ou bien il y a un grand nombre de ces dernières. Il n'y a donc pas de différence anatomique entre la tuberculose proprement dite et les granulations dépendant de l'aspergillus, d'autant plus que ces dernières peuvent prendre l'aspect fibreux.

Les accidents causés par la moisissure chez les pigeons peuvent être fort graves. En la desséchant, la pulvérisant, et en faisant respirer la poudre aux animaux, ils sont pris de pneumonie grave qui les tue en deux ou trois jours.

Chez l'homme, l'aspergillus peut s'implanter en différents points du corps : c'est ainsi qu'on l'a rencontré dans l'oreille externe et que l'on a décrit une otite spéciale causée par lui. On l'a aussi trouvé dans le poumon, lors de pneumonie gangréneuse et de dilatation bronchique; car il trouve, dans ces cas, un milieu favorable. Mais, dans d'autres circonstances, le parasite entraîne, comme nous l'avons vu, le développement d'une maladie dont l'évolution ressemble à celle de la phthisie pulmonaire, et on trouve alors dans les crachats, outre les fragments d'aspergillus, des fibres élastiques. Ce sont là des faits fort rares, car il n'en existe, jusqu'à présent, que trois bien nets.

MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal, qui ont observé ces faits, ont inoculé le produit des cultures qu'ils avaient obtenues et développé chez des animaux des productions d'apparence tuberculeuse. Si l'inoculation était faite dans les veines, la marche de la maladie était très rapide et le foie surtout atteint; lorsque l'inoculation était faite sous la peau, des granulations disséminées dans le poumon rappelaient absolument l'aspect de celles de la tuberculose pulmonaire.

Comment se fait l'infection des gaveurs de pigeons? S'agit-il d'une contagion dépendant de la tumeur que les animaux présentent fréquemment dans la bouche? On peut objecter à cette hypothèse que notre malade ne présente pas d'affection buccale; il a eu de l'herpès aux lèvres, mais cet herpès était simple et guérit rapidement. S'agit-il, au contraire, de la pénétration de spores introduites dans les voies respiratoires par l'inspiration? Le fait est possible, car l'on prend le grain dans des sacs, dans lesquels il se forme beaucoup de poussière.

En somme, la maladie des gaveurs de pigeons est une tuberculose qui n'a rien de bacillaire, c'est une pseudo-tuberculose. Il existe plusieurs variétés de pseudo-tuberculose. C'est ainsi, par exemple, que la tuberculose des gallinacés n'a pas, jusqu'à présent, été observée chez l'homme. D'autre part, on a décrit une tuberculose sans bacilles de Koch, une tuberculose zoogléique que Malassez a observée dans le pus des abcès strumeux et que Manfredi a observée aussi dans le poumon. Il y a plus, en examinant les produits de l'expiration chez les tuberculeux, les poussières qui sortent de la poitrine, Chantemesse a trouvé non pas des bacilles, mais des zooglées. M. Grancher a jeté sur le sol des cultures de crachats tuberculeux et recueilli l'eau qui filtrait; il a obtenu non seulement des cultures de zooglées, mais des formes très différentes, bacilles, diplobacilles, microcoques, etc. Enfin, Malassez a vu que les zooglées, après un certain nombre de cultures, se transformaient en bacilles. Le bacille de Koch, qui caractérise presque toujours la tuberculose, peut donc se modifier dans certaines conditions et produire dans le poumon des maladies à peu près semblables.

Chez les animaux, on peut donner naissance à des affections ressemblant à la tuberculose en inoculant des produits divers, tels que le charbon ou le lait, par exemple. On peut donc dire que nos connaissances relatives à l'évolution des granulations d'apparence tuberculeuse sont encore imparfaites et qu'il est possible qu'elles apparaissent en dehors de la présence

du bacille de Koch. L'aspergillus paraît déterminer chez l'homme une maladie à marche fort lente, aussi n'y a-t-il pas, jusqu'à présent, d'anatomie pathologique.

Quel est l'avenir de notre malade? Une femme qui avait présenté des crachats contenant l'aspergillus et des fibres élastiques a guéri. On peut donc dire qu'il s'agit d'une maladie moins grave que la tuberculose ordinaire et, du reste, l'affection semble être apyrétique; la fièvre qu'a présentée notre sujet ne tenait probablement pas à sa maladie. Il faut naturellement que les malades abandonnent leur métier, fort dangereux pour eux, afin d'éviter les inoculations successives, mais les indications du traitement n'offrent, jusqu'à présent, rien de spécial et on doit se borner à la thérapeutique de la bronchite.

REVUE DES CLINIQUES

Angine pseudo-membraneuse à pneumocoques. — Orchite typhoïdique terminée par suppuration. — Granulie à forme suffocante (1). — Le cas suivant est un exemple d'un fait qui, jusqu'ici, n'a pas été signalé, et qui présente, tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue de la pathologie proprement dite, un intérêt considérable; car il permet d'envisager la nature des angines diphthéritiques sous un jour très différent de ce qui est admis habituellement.

Un jeune homme de 19 ans, d'une très bonne santé habituelle, est saisi dans la journée du 12 janvier par un vif refroidissement et, dès le soir même, présente de l'accablement avec des frissons et une douleur assez vive dans la gorge. Ces trois symptômes ont caractérisé très nettement le début de la maladie. Le lendemain, les phénomènes, accompagnés d'une fièvre assez vive, s'exaspérèrent, et le malade nota dès ce moment un engorgement ganglionnaire douloureux. L'anorexie était absolue et l'ingestion des liquides était très pénible. Lorsque le malade entra à l'hôpital le 14, moins de quarante-huit heures après le début des accidents, la fièvre n'était pas très intense, 38° seulement, mais il présentait les apparences d'un état général grave, dénotant une maladie sérieuse, et on rechercha aussitôt s'il ne s'agissait pas d'une scarlatine fruste, dont on ne découvrit d'ailleurs aucun caractère. L'état de la gorge, du reste, n'était en aucune façon celui qui caractérise l'angine précoce de la scarlatine. A cette période, en effet, on observe le plus souvent une angine pultacée, à concrétions molles, mal limitées, se détachant facilement. Ici, au contraire, les caractères de l'angine étaient tout opposés. On voyait une fausse membrane bien limitée, localisée sur l'amygdale droite et empiétant un peu sur le pilier antérieur; cette membrane était solide et adhérente, et tous ces caractères joints à ceux fournis par l'état général firent porter le diagnostic d'angine diphthéritique. Le malade fut donc isolé et soumis à un traitement approprié.

Pendant les premiers jours, l'état général, en même temps que l'état local s'aggravait; la température dépassait le soir 39°; le gonflement ganglionnaire augmenta, s'accompagnant d'un état œdémateux de l'atmosphère celluleuse avec tuméfaction générale du cou; la seconde amygdale fut prise ainsi que la luette, et les fausses membranes enlevées fréquemment se reproduisaient avec une grande rapidité et avec une grande tendance à l'extension. Les fosses nasales cependant ne furent pas atteintes, mais néanmoins le pronostic était considéré comme grave.

L'examen histologique vint encore confirmer le diagnostic de diphthérie, en montrant que les fausses membranes présentaient la constitution anatomique caractéristique avec le réseau fibrineux infiltré de cellules migratrices.

Cependant, le 17 janvier, les fausses membranes qui se reproduisaient présentaient moins d'épaisseur. Le 20, neuvième jour de la maladie, elles cessaient de se reproduire

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, 1891.

et la température n'était plus que de 37°; à partir de ce moment, l'amélioration dans l'état local se fit régulièrement; on nota seulement un peu de lenteur dans le rétablissement de l'état général, mais, au dix-septième jour de la maladie (jour de cette leçon) le malade pouvait être considéré comme guéri. Un incident s'était produit cependant assez tardivement, ce fut l'apparition de l'albumine dans l'urine qu'on avait cherchée chaque jour et qui ne se montra que le 23 janvier.

En résumé, ce malade a réalisé, sans aucune réserve, le tableau symptomatique normal de la diphthérie à forme grave, mais limitée au pharynx, diagnostic confirmé par l'examen histologique; et cependant, comme on va le voir, de par la bactériologie, cette angine n'était pas de nature diphthéritique; et, quelle que soit la conclusion que l'on puisse tirer de ce fait, on se trouve en présence d'une angine qui, cliniquement et histologiquement, est diphthéritique, alors qu'elle ne l'est pas par le critérium que l'on considère aujourd'hui comme le plus certain.

En effet, à aucun moment, on n'a trouvé dans ces fausses membranes le bacille de Lœffler, caractéristique de la diphthérie; mais de plus, et c'est là qu'est la nouveauté et l'importance du fait, on a trouvé en grande abondance, et presque sans mélange, le microbe de la pneumonie, le pneumocoque; en sorte que cette angine pseudo-diphthéritique, dont les fausses membranes reproduisaient absolument les fausses membranes ordinaires, était une angine à pneumocoques.

Les cultures et les inoculations faites par M. Ménétrier, si compétent en pareille matière, ne laissent aucun doute à cet égard; de telle sorte qu'une première conclusion s'impose, c'est qu'il existe une angine membraneuse se comportant cliniquement et histologiquement comme celle qui est due au bacille de Lœffler, au bacille diphthéritique, sans que ce bacille existe. Il faut remarquer aussi que ce fait montre que le caractère histologique tiré de la présence d'un réseau fibrineux ne suffit pas non plus d'une façon absolue à différencier une angine diphthéritique de certaines autres angines pseudo-membraneuses.

Ce fait, qui constitue la première observation de ce genre, pourrait suggérer beaucoup de réflexions, et on pourrait se demander, par exemple, quelle en est la fréquence et si un bon nombre d'angines considérées comme diphthéritiques ne sont pas des angines à pneumocoques. Des études ultérieures éclairciront ce point.

Pour le moment, M. Jaccoud insiste surtout sur une conclusion très intéressante au point de vue de la pathologie générale : c'est que ce cas montre une fois de plus que, malgré l'importance de l'élément microbien, l'individualité du malade joue encore un rôle capital dans la détermination de la maladie; on peut dire d'une façon absolument exacte que c'est le malade qui fait sa maladie. Cet homme, par exemple, a le pharynx rempli de pneumocoques et ne fait pas de pneumonie alors qu'un autre qui aura seulement quelques pneumocoques dans la salive, placé dans des conditions en apparence identiques, sera atteint d'une forme grave de cette maladie. On ne peut expliquer le fait que par la prédisposition et par l'individualité du malade.

Cet homme a été traité comme un diphthérique et par la méthode suivante qu'emploie toujours M. Jaccoud en pareil cas. Comme traitement interne, le malade prend de l'acide salicylique à la dose de 1 gr. 50 par jour, de l'alcool et du lait. Des pulvérisations phéniquées sont faites en permanence dans la pièce avec une solution à 5 p. 100.

Le traitement local consiste à enlever le plus complètement possible les fausses membranes et à pratiquer des attouchements deux ou trois fois par jour avec la solution de sublimé à 1 p. 1000. On fait également des pulvérisations dans le pharynx.

M. Jaccoud attribue la plus grande importance au traitement local, mais considère aussi l'action de l'acide salicylique comme très utile, tant comme antiseptique que comme antipyrétique.

— Un malade atteint d'une fièvre typhoïde vulgaire au premier abord a cependant présenté quelques particularités dignes d'être notées et en particulier une orchite droite qui est venue compliquer la maladie à son déclin. Au moment où il venait d'entrer en convalescence, il s'est produit une reprise de la fièvre ; et, en pareil cas, il faut examiner avec soin tous les organes, car il n'est pas toujours facile de découvrir l'origine de cette recrudescence fébrile, origine qui peut d'ailleurs être extrêmement variable, soit

qu'il s'agisse d'une lésion des organes internes, soit qu'il s'agisse d'une inflammation périphérique, abcès, furoncles, etc... Récemment on a observé ainsi dans le service un malade atteint d'une fièvre intense due à un gros abcès gingival. Ici c'était le testicule qui était atteint; pourtant, de toutes les complications tardives, c'est la plus rare, mais non une des moins intéressantes en ce sens que l'organe est presque fatalement détruit.

Chez ce malade, la fièvre a été forte, a duré plus de quinze jours, et la température a atteint 40°. Les douleurs, peu violentes d'abord, ont augmenté d'intensité; la modification du testicule ne s'est montrée que secondairement, plusieurs jours après la fièvre. Le gonflement a été en progressant pendant plus d'un mois et s'est accompagné d'une rougeur très vive des téguments, les douleurs ont envahi tout le trajet du cordon, mais pourtant l'épididyme est resté intact, de telle sorte qu'il s'est agi ici d'une orchite au vrai sens du mot.

L'orchite typhique se termine toujours par induration ou par atrophie, ce qui, de toutes façons, amène la perte du testicule; ici, cependant, la terminaison s'est faite par suppuration, ce qui ne s'observe presque jamais en pareil cas. Cette suppuration se manifesta au bout d'un mois par une petite pustule qui laissa écouler une certaine quantité de pus; puis une seconde pustule se forma quelques jours plus tard et amena l'élimination d'une sorte de bourbillon formé par le parenchyme testiculaire.

Pendant tout ce temps, l'état du malade s'était un peu aggravé, mais, au bout d'un mois de suppuration environ, la cicatrisation se fit et le malade guérit définitivement.

Il était intéressant de déterminer le caractère bactériologique de cette orchite dont la forme était si exceptionnelle et dont la marche avait été très particulière. Parmi les complications de la fièvre typhoïde, un bon nombre, en effet, se terminent par suppuration; or, on a recherché si ces suppurations secondaires étaient dues au bacille typhique émigré et fixé dans le point malade, ou s'il s'agissait simplement d'un microbe pyogène ordinaire, un staphylocoque en particulier, dont l'absorption avait eu lieu à la surface des ulcérations intestinales. C'est cette dernière hypothèse qui a été vérifiée généralement.

Dans ce cas, au contraire, l'examen a montré qu'il s'agissait du mode opposé. La suppuration était bien sous la dépendance du bacille typhique; les nombreux modes d'investigation qui sont nécessaires pour déterminer la présence du bacille d'Eberth ont été mis en œuvre, et non seulement son existence a été constatée, mais M. Ménétrier a pu prouver que cette suppuration ne contenait pas de microbes pyogènes.

Cette conclusion est d'autant plus importante qu'elle démontre qu'il n'est pas besoin de l'intervention du microbe ordinaire de la suppuration pour faire du pus.

CORRESPONDANCE

Paris, le 20 mars 1891.

Mon cher collègue,

Dans l'*Union médicale* du 7 mars, M. L.-H. Petit, appréciant le procédé de thoracoplastie dont j'ai donné les règles opératoires à l'Académie de médecine, écrit ce qui suit: « L'idée de cette opération n'est pas nouvelle, *elle a été émise en* 1881 (par Wagner) dans une excellente monographie sur le traitement de l'empyème, publiée dans la collection des *Volkmann's Sammlung klinischen Vortræge,* n° 197, etc. »

Je savais, avant d'avoir lu l'article de critique historique de votre savant collaborateur, qu'il convient de ne jamais se croire l'inventeur d'un procédé; c'est ainsi qu'Estlander s'est vu contester la paternité de sa méthode au profit de Letiévant, de Roser, de Marburg, de Simon (1), etc. De même l'idée de sectionner les côtes sans les réséquer, afin d'obtenir un plastron thoracique mobile, n'appartient pas plus à M. Wagner qu'elle ne m'appartient; je m'étais hâté de l'écrire dans le mémoire que j'ai

(1) Voir, pour cet historique, le substantiel et intéressant rapport de Berger (Soc. de chir., 1883), que cite justement M. Petit.

remis à l'Académie et de le dire en présentant mon opéré (1). Cette idée (jusqu'à plus ample informé) est d'Estlander lui-même. En effet, Estlander, dans le mémoire qu'il a publié en 1879 dans la *Revue de médecine*, faisait cette réflexion : « Il m'a semblé que l'utilité de ces opérations (résections costales) ne dépend pas seulement de la grandeur des morceaux extirpés ni de la diminution de l'arc costal qui en est la suite, mais qu'elle dépend aussi de l'interruption même de l'arc, dont la force de résistance est diminuée de cette manière : *aussi ai-je pensé, dans quelques cas, à couper seulement plusieurs côtes en plusieurs endroits pour étudier l'effet de ce procédé.* »

J'ajoute que, d'après le court résumé que Berger nous donne de la *proposition* de Wagner, celle-ci diffère notablement de celle que j'ai, le premier, mise en pratique : je préconise, en effet, la mobilisation d'un plastron de thorax par deux incisions verticales, et je ne résèque une seule côte que dans un but de nettoyage de la cavité suppurante. Or, Wagner, après avoir réséqué une certaine longueur de *côtes* au niveau du foyer, propose une *troisième* section plus en arrière sur chaque arc costal. Cette mobilisation n'est donc pas, pour lui, tout le procédé opératoire, elle n'est que le complément du procédé classique d'Estlander.

Je vous serais reconnaissant, mon cher collègue, de vouloir bien présenter à vos lecteurs cette petite rectification.

Croyez-moi votre bien dévoué QUÉNU.

Le mémoire lu à l'Académie par M. Quénu le 3 mars n'étant pas encore imprimé, je n'en connaissais le contenu le 7 que d'après les comptes rendus, nécessairement incomplets, qui en ont été publiés dans divers journaux. Aussi, comme la rédaction de mon *Bulletin* paru le 7 mars a pu prêter à la confusion sur la priorité du manuel opératoire décrit par M. Quénu, je tiens à y ajouter, pour la rendre plus claire :

1° Que si Estlander a eu l'idée (émise en deux lignes) de couper plusieurs côtes en plusieurs endroits, et si Wagner a proposé d'ajouter à la résection des côtes une troisième incision verticale, ni eux ni personne n'ont jamais ni décrit ni exécuté cette opération;

2° Que la description détaillée et précise du manuel opératoire ayant pour but de mobiliser un large plastron costal et sa mise en pratique appartiennent bien à M. Quénu. — L.-H. PETIT.

— Je suis heureux, à mon tour, en publiant cette lettre, de l'occasion qui se présente de dire le bien que je pense de l'opération exécutée pour la première fois par M. Quénu. Après la lecture de sa communication à l'Académie, j'ai traité par le même procédé à l'hôpital Tenon, le 16 mars, un vaste empyème étendu du diaphragme au sommet du poumon. Tout marche à souhait, fièvre et douleur ont disparu, et j'espère enregistrer bientôt un second succès à l'actif de l'opération que nous appelons familièrement, dans le service, la *quénuthoracoplastie*. — G. RICHELOT.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE D'HYGIÈNE SOCIALE. — SYPHILIS ET SANTÉ PUBLIQUE, par T. BARTHÉLEMY, médecin nommé au concours de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

« C'est, dit l'auteur en abordant son sujet, au nom des femmes, des enfants, des victimes non coupables et pourtant si nombreuses, que je demande sauvegarde et pré-

(1) Voir la plupart des comptes rendus des journaux de médecine.

servation. » En effet, on sait maintenant qu'il s'en faut de beaucoup que la syphilis borne ses ravages aux individus qui s'y sont exposés volontairement; et il fait un exposé abondant des maux que cause ce « mal profond dont il s'agit de débarrasser la société ».

Après avoir signalé les effets dangereux de l'action combinée de l'alcoolisme et de la syphilis, il trace le tableau répugnant du *commerce* des brasseries desservies par des filles, et il nous peint les malheureuses qui y font le métier d'*inviteuses*, une des sources les plus fécondes de la syphilis; à la lecture de ces lignes, on se demande comment il se fait que, dans une nation aussi éclairée que la France, où l'on se plaint de la dépopulation, on respecte ce commerce délétère et destructeur.

Si l'on réfléchit que, sur 1,130,000 femmes qui habitent Paris, il y en a environ 150,000 qui sont syphilitiques, et que le nombre des hommes contaminés est au moins double, « on comprendra toutes les appréhensions du corps médical compétent et toutes les raisons qui militent en faveur des mesures préservatrices qui sont réclamées ».

Aussi, notre confrère s'attache-t-il avec force et raison à la nécessité de combattre la prostitution clandestine, s'appuyant sur ce fait que la prostitution non surveillée est de beaucoup la plus malfaisante.

On lira, entre autres, avec un vif intérêt, les chapitres où l'auteur s'est appuyé sur une autorité de premier ordre, celle du professeur Alfred Fournier, et qui sont consacrés à la syphilis héréditaire tardive, aux lésions syphilitiques viscérales, à la syphilis conceptionnelle latente, etc.

En réalité, deux fléaux terribles, la tuberculose et la syphilis, semblent menacer le monde d'un anéantissement complet. L'auteur condamne avec raison l'inertie des pouvoirs publics en face de fléaux pareils. N'a-t-on pas soutenu en Angleterre que la *vérole est d'essence divine* et destinée à mettre un frein au libertinage! Il nous offre d'ailleurs les diverses mesures qui ont été exécutées ou proposées pour surveiller la prostitution, le projet de réforme adopté en 1888 par l'Académie de médecine, les mesures de prophylaxie pratiquées à l'étranger, en particulier un long extrait des *contagious diseases Acts*, que le Parlement anglais a eu l'intelligence d'abroger!! Mais, en France, le service sanitaire demande une réorganisation complète, d'où l'urgence d'une loi sanitaire.

Le livre de M. le docteur Barthélemy, que nous n'avons pu qu'effleurer, est une œuvre sérieuse et éminemment utile. — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1891. — Présidence de M. TARNIER.

Elections. — MM. Deroubaix et Spencer Wells sont élus associés étrangers.

Traitement du pied plat valgus douloureux. — M. DUPLAY lit un rapport sur une observation de M. Kirmisson relative à ce sujet. M. Kirmisson a fait la résection cunéiforme astragalo-scaphoïdienne avec un succès à peu près complet. Il persiste un peu d'affaissement de la voûte plantaire, quand le malade est debout, et un peu de valgus à gauche. M. Duplay ne pense pas que l'intervention sanglante doit être la règle, bien au contraire. Si l'affection était traitée de bonne heure, elle guérirait facilement. Elle dépend d'une impotence musculaire qui entraîne des déviations d'abord temporaires, ne devenant permanentes que par suite de contractures réflexes qui, pendant longtemps, peuvent être traitées par les manipulations avec ou sans anesthésie. Les rétractions musculaires et les altérations des ligaments ne se produisent que tardivement, et, tant qu'elles n'existent pas, on peut avoir des succès par le repos, le redressement, l'électrisation et le massage. Le rôle du long péronier latéral est très important dans la déformation et son impotence persiste à un léger degré chez l'opéré de M. Kirmisson.

Si les déformations sont anciennes et persistantes, il faut recourir à une opération

sanglante. L'ostéotomie des os de la jambe, l'enlèvement de la totalité de l'astragale sont à rejeter, et, comme l'ablation du scaphoïde seul ne suffit pas, il faut faire aussi celle de la tête de l'astragale. L'opération est facile si l'on remplace l'enchevillement conseillé par Ogston par une suture faite avec du fil d'argent, ce qui suffit parfaitement. Les bons effets de l'intervention seront complétés par l'électrisation des muscles.

Traitement de la fièvre jaune. — M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur le traitement préconisé par le docteur Garcia, qui consiste à abaisser la température du corps des malades, en les enfermant dans une caisse à double paroi dont l'intervalle des deux parois est rempli de glace. La température, dans la *chambre polaire*, varie entre + 10 et 0. Le malade est à la diète absolue. D'après l'auteur, le froid stérilise l'air de la chambre et lave le sang par augmentation de la tension et diurèse abondante. Sur 20 malades soumis au traitement, il n'y a eu que deux morts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Acromégalie.*

M. Pinel-Maisonneuve présente un malade, âgé de 37 ans, offrant les déformations typiques de l'acromégalie. Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé. En 1870, il était soldat; à cette époque, sa vue était excellente. A 20 ans, il vint à Paris, s'y maria et eut quatre enfants qui sont en bonne santé. Pendant toute cette période le malade était très robuste.

Vers 24 ans, c'est-à-dire vers la fin de la croissance (c'est ordinairement à cet âge que débute l'acromégalie), la malade s'aperçut que ses mains, ses pieds, sa tête grossissaient. A 28 ans, il fut pris d'une céphalalgie atroce, continue, s'exaspérant par le repos au lit, et que seuls les aliments pouvaient un peu calmer. Cette céphalalgie persista très longtemps, puis finit par disparaître.

En 1883, le malade était à Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, pour une hydarthrose. On examinait déjà curieusement ses mains et ses pieds.

Cet homme est très sobre. Les symptômes de l'affection se sont développés chez lui d'une façon lente et progressive. Son état général a décliné en même temps que ses forces. Aujourd'hui, son teint est pâle, cireux, et c'est à peine s'il peut produire, au dynamomètre, une pression de 35 kilogrammes à droite et de 30 kilogrammes à gauche.

A 22 ans, il pesait 70 kilogrammes et sa taille mesurait $1^m,62$. Aujourd'hui, il pèse 100 kilogrammes et il a $1^m,67$. Sa face est énorme, allongée; le diamètre fronto-mentonnier égale 25 centimètres; le nez est épaté, de 5 centimètres de large; la lèvre inférieure énorme; il y a un prognathisme de 2 centimètres.

Au thorax, on remarque le développement considérable des clavicules et des omoplates, plus accentué du côté gauche, et l'hypertrophie des côtes gauches, ainsi que de leurs articulations chondro-sternales. Le dos est voûté; les mains massives, presque carrées, mesurant 16 centimètres de long, 13 centimètres de large et 5 centimètres d'épaisseur.

Les genoux et les talons sont énormes; les pieds offrent des dimensions proportionnelles à celles des mains.

La sensibilité est intacte, mais les réflexes patellaires sont abolis.

Les organes génitaux sont normaux, mais leur fonction est diminuée.

La langue est un peu hypertrophiée; cependant le goût est intact; il en est de même de l'ouïe, de l'odorat, du tact. La vision seule est atteinte.

Il y a sept ans, en effet, le malade eut un ulcère cornéen de l'œil droit, survenu sans cause appréciable et ayant laissé une taie. Depuis quelques jours, une autre kératite ulcéreuse s'est montrée sur l'œil gauche. L'exophthalmie est considérable. Il n'y a pas d'augmentation de la tension oculaire, mais la pression d'avant en arrière est cependant légèrement douloureuse. Les pupilles, presque insensibles à la lumière, réagissent pour l'accommodation. Le champ visuel est conservé; il en est de même de la perception des

couleurs. L'acuité visuelle est tombée à 1/2 à gauche et à 5/7 à droite. A l'ophthalmoscope, on remarque un amincissement des artères et une dilatation légère des veines de la rétine, ce qui indique très nettement une stase papillaire, tous phénomènes dus à une compression du nerf optique. Rien du côté des autres organes; les urines sont normales.

Le malade de M. Pinel-Maisonneuve est donc un cas typique d'acromégalie, tel que l'ont fait connaître les descriptions de M. Marie. Rien cependant, dans cette observation, ne vient éclairer l'étiologie de l'affection. Le malade n'a d'antécédents ni héréditaires ni personnels; il n'est pas syphilitique. Ses parents, rhumatisants, sont morts à un âge avancé d'affections indéterminées; ses treize frères ou sœurs ont toujours été bien portants.

De quelques nouvelles médications.

Sur le santoninoxyme comme succédané de la santonine et sur le mode d'action de cette dernière (*Nouveaux remèdes*).

Coppola recommande comme succédané de la santonine le santoninoxyme qu'il vient d'obtenir de celle-là. Le santoninoxyme se présente sous forme d'aiguilles blanches ne s'altérant pas à la lumière, insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool, l'éther, les huiles et les graisses, insolubles dans l'acide lactique, les autres acides organiques, ni dans le suc gastrique, ne se combinant pas avec les carbonates alcalins. Le santoninoxyme est bien supporté, même à haute dose, par des animaux chez lesquels la santonine provoque des convulsions épileptiformes.

S'appuyant sur des recherches longtemps prolongées pour élucider le mode d'action de la santonine, Coppola affirme que, même administrée à dose élevée, elle ne tue jamais les oxyures, mais provoque chez eux des mouvements convulsifs se rapprochant beaucoup des convulsions épileptiformes : les vers ne sont plus en état de coordonner leurs mouvements et sont chassés de l'intestin si l'on fait suivre la santonine d'un purgatif quelconque. D'autre part, la santonine, de même que les combinaisons qu'elle effectue dans le tractus gastro-intestinal, étant facilement résorbables, il en résulte des phénomènes secondaires fâcheux allant parfois jusqu'à l'empoisonnement pur et simple. Or, l'action de la santonine dépendant exclusivement de son influence locale sur les vers intestinaux, on voit nettement que la facilité avec laquelle elle se résorbe, non seulement rend son emploi dangereux, mais contrecarre encore son action antihelmintique. C'est pourquoi l'auteur a cherché parmi les dérivés de la santonine pour en trouver un qui tout en jouissant des propriétés de celle-ci serait exempt de ses inconvénients. Le santoninoxyme répond entièrement à ces désidérata; grâce à sa facile résorption, on peut le prescrire à des doses doubles ou triples de la santonine. Son action thérapeutique est sûre et certaine, et son administration n'est suivie d'aucun phénomène secondaire désagréable. L'auteur conseille de le donner, pendant deux à quatre jours, à doses trois fois plus élevées qu'on ne le ferait pour la santonine. Administrez chaque fois à sa suite un purgatif quelconque. — P. N.

Nouvelle contribution a l'action du syzigium jambolanum ou jambul sur la quantité du sucre dans l'urine des diabétiques (*Nouveaux remèdes*).

V.-V. Rosenblatt rapporte un cas de diabète sucré notablement amélioré par le syzigium jambolanum, administré en poudre ou en extrait fluide. Il s'agit d'un homme de 28 ans atteint de diabète assez intense (urine : 6,000 — 11,800 centimètres cubes en vingt-quatre heures, contenant jusqu'à 8 p. 100 — 8,5 p. 100 = 897 gr. — 936 gr. 5 de sucre; pas d'albuminurie; appétit et soif considérablement augmentés; lassitude, etc.). Sous l'influence du syzigium jambolanum ordonné après que l'on avait échoué avec tous les autres médicaments usités ordinairement (alcalins, opium, acide phénique, etc.), l'urine et le sucre diminuent (urine : 5 litres environ; sucre : 550 — 631 grammes en vingt-quatre heures), l'état général s'améliora. Soif intense; poids du corps plus élevé. L'amélioration marchait parallèlement avec l'élévation des doses du syzigium administré au malade. — P. N.

FORMULAIRE

Collutoire contre la diphthérie. — J. Simon.

Acide salicylique..........................	0 gr. 50 à 1 gramme.
Alcool	q. s. pour dissoudre.
Glycérine.....................................	40 grammes.
Infusion d'eucalyptus.........................	60 —

F. s a. — Avec une pince garnie de coton sec, on nettoie la gorge, de façon à enlever les mucosités ou la salive qui recouvrent les fausses membranes. Une seconde pince, autour de laquelle on a enroulé du coton hydrophile, est plongée dans le collutoire, et avec le coton qu'elle porte, on frotte les plaques diphthéritiques, de manière à détacher les moins adhérentes, sans toutefois excorier la muqueuse sous-jacente. Ces badigeonnages sont répétés toutes les heures pendant le jour, et trois fois dans la nuit, à partir de 9 heures du soir. — Si les fausses membranes sont très épaisses et très adhérentes, on fait en outre, deux à quatre fois par jour, un attouchement avec le mélange suivant : perchlorure de fer et glycérine, ââ 10 grammes, mêlez. — Toutes les deux heures, le badigeonnage est suivi d'une irrigation, avec de l'eau de Vichy, avec de l'eau de chaux médicinale, ou avec une solution aqueuse d'acide borique à 4 p. 100. — Ces irrigations doivent être tièdes et assez abondantes (un grand verre). — A l'intérieur, on administre le perchloruré de fer, à la dose de 10 à 20 gouttes par vingt-quatre heures suivant l'âge du malade. Une goutte toutes les heures, dans du grog ou du bouillon. — N. G.

COURRIER

Un concours pour six places d'internes à l'infirmerie de Saint-Lazare s'ouvrira à Paris le 19 mai.

MM. les étudiants qui désireront y prendre part se feront inscrire au ministère de l'intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'Etat, directeur), rue Cambacérès, n° 11, de dix heures à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription est ouvert depuis le 23 mars, à dix heures, et sera clos définitivement le 18 avril, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 19 mai, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et il devra être pourvu d'au moins douze inscriptions prises dans une faculté de l'Etat. Il devra être âgé de moins de vingt-huit ans et n'être pas reçu docteur en médecine. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt après la clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du jury, et cinq jours plus tard il sera donné communication de la liste des membres aux candidats admis qui en feront la demande, 11, rue Cambacérès.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre quelqu'un des concurrents et quelque membre du jury devraient être signalés à l'administration, en vue de la modification de ce jury.

Le concours consistera d'une part :

1° En une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie, et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera choisi, par tirage au sort, entre six questions arrêtées par le jury, au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes.

2° D'autre part, en une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points; elle sera de 20 points pour l'épreuve orale.

Tous renseignements sur la situation faite aux internes seront fournis à la direction de l'administration pénitentiaire (cabinet du conseiller d'Etat et directeur, et 2e bureau) et à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Les fêtes universitaires de Gand. — Des fêtes universitaires ont eu lieu à Gand. Après un lunch où les étudiants de tous les pays ont cordialement fraternisé, le Congrès a ouvert ses séances au milieu d'une affluence considérable. Après une discussion sur des sujets d'ordre politique, M. Franck (de Bruxelles), qui fut le défenseur de Mlle Popelin, a femme-avocat dont le procès donna lieu à tant de controverses, plaida de nouveau la cause des femmes avec un réel talent. D'autres questions particulières à la Belgique sont ensuite discutées et résolues.

Les étudiants français, pendant toute la discussion des questions nationales, se sont scrupuleusement renfermés dans une stricte neutralité. Mais quand on a abordé la partie du programme qui visait les moyens de resserrer la solidarité universitaire, l'un d'eux a pris la parole, a remercié les étudiants de Gand de l'accueil si cordial qu'ils ont fait aux représentants de la France; il a terminé en proposant au Congrès de voter le vœu suivant: « Le Congrès d'étudiants réuni à Gand émet le vœu qu'un comité international unisse les fédérations et sociétés d'étudiants dans un but libéral et fraternel. » Ce vœu est acclamé avec enthousiasme. Après avoir décidé en principe l'organisation d'une fédération des étudiants libéraux belges, le Congrès se sépare. L'ordre n'a pas été troublé pendant cette séance de cinq heures.

Un banquet a eu lieu le soir. Une vingtaine de professeurs avaient pris place à la table d'honneur; au dessert, après un toast fort applaudi du président, M. Poirier, aux professeurs de l'Université. M. Callier, prorecteur, échevin de Gand, a pris la parole et a prononcé un magistral discours. Les étudiants étrangers avaient choisi, pour parler en leur nom, le délégué de Nancy, qui a remercié les étudiants belges dans un discours qui a été fort applaudi. (*Progrès méd.*)

— Les médecins de Berlin ont décidé que dorénavant leurs cochers porteraient le chapeau blanc avec une croix rouge sur le devant, afin d'indiquer au public, en cas d'accident, la présence d'un praticien et d'assurer par là aux victimes de ces accidents des secours médicaux aussi prompts que possible.

Mission scientifique. — *Exposition.* — M. le docteur Louis Catat, l'explorateur connu de l'île de Madagascar, a organisé au laboratoire d'anthropologie, 61, rue de Buffon, une exposition des objets qu'il a rapportés, avec MM. Maistre et Foucart, de son exploration des deux années. Cette intéressante exposition sera ouverte du 23 mars au 9 avril 1891, de une heure à quatre heures. Ajoutons que la Société de géographie recevra lundi prochain en séance extraordinaire, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, les trois explorateurs de Madagascar.

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 mars 1891. — *Ordre du jour :* 1. Discussion du rapport de M. Desnos. — 2. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Les injections de sérum de chien et de chèvre aux tuberculeux.

Pour adopter les injections de sang de chèvre ou de sérum de sang de chien dans le traitement de la tuberculose, on s'était appuyé sur ce principe énoncé par M. le professeur Ch. Richet : « Pour rendre un animal (ou un patient) réfractaire à la tuberculose, il faut lui injecter le sang d'un animal réfractaire à la tuberculose. » Et, sachant que la chèvre et le chien sont à peu près complètement réfractaires à la tuberculose, on les avait pris comme sanguinifères. Mais chèvre et chien peuvent contracter la tuberculose, rarement c'est vrai, mais c'est possible. Il faut donc s'entourer de toutes les garanties nécessaires pour ne pas injecter à un malade le sang ou le sérum d'un animal tuberculeux, le sang renfermant des bacilles de Koch. Avec le sérum de chien, il n'y a guère à craindre de danger; en se précipitant, la fibrine englobe tous les éléments figurés, globules et bacilles; mais, comme l'animal n'était pas réfractaire à la tuberculose, il ne pourra pas conférer l'immunité cherchée au sujet transfusé. Avec les injections de sang de chèvre en nature, le danger est plus grand, car on peut injecter des bacilles nuisibles si le sujet transfuseur est malade.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les candidats sont des gens féroces, ce n'est pas d'hier qu'on le sait. On a même changé pour eux le proverbe : « Chacun pour soi et Dieu pour tous ! » en « Chacun pour soi, et Dieu *idem*, si c'est possible ». Dieu, dans le cas actuel, c'est « le chef », ou « le patron ». Prenons le Bureau central : Comme il n'y a que deux ou trois places pour un nombre incalculable de candidats, suivant qu'il s'agit d'un concours en chirurgie ou en médecine, et que chaque chef a souvent plusieurs élèves en présence, c'est à qui l'accaparera pour lui seul, et tâchera de démolir les autres. Que n'invente-t-on pas, sans avoir l'air d'y toucher! L'un est trop aimable, c'est un vil flatteur; l'autre pas assez, c'est un ours mal léché; un tel va trop dans le monde, ce n'est pas un garçon sérieux; un autre a pour lui toutes les chances; pensez donc : il est chirurgien d'un grand établissement financier dont un des juges est le médecin en chef; évidemment, le juge est pour lui. La vérité est que le candidat n'est plus chirurgien dudit établissement, et que le juge n'en a jamais été le médecin; à part cela, le canard est complètement exact!

Mais passons sur ces petites faiblesses de la nature humaine. Il n'est pas un seul de ceux à qui on a ainsi essayé de monter sur le dos qui ne soit disposé, une fois arrivé, à

La méthode employée par M. Richet permet de se mettre aussi complètement que possible (il n'y a rien d'absolu dans ce monde, même en médecine) à l'abri de tout danger. Dès qu'on a privé un animal de tout son sang, on en fait l'autopsie complète. Tous les organes sont examinés avec le plus grand soin, et si le moindre indice de maladie transmissible est aperçu, tout le sang est jeté. C'est un animal de perdu, et voilà tout.

Cette précaution a été très utile dans un fait tout récent. Un sujet tuberculeux, désirant se faire traiter par les injections de sérum de sang de chèvre, acheta une chèvre et l'envoya au laboratoire de M. Richet, avec prière de faire avec son sang les préparations d'usage. L'animal était en mauvais point, maigre; sa mauvaise mine frappa tout le monde. A un examen superficiel, on lui trouva des ganglions dans l'aisselle. On ouvrit la carotide pour recueillir le sang, comme d'habitude; on fit ensuite l'autopsie de la chèvre et, dans les ganglions ainsi que dans plusieurs autres points du corps, on trouva des lésions que l'examen bactériologique démontra être de nature tuberculeuse; toutes renfermaient des bacilles de Koch, ainsi que le sang. On voit donc ce qui serait arrivé si, employant la méthode de MM. Bertin et Picq, on avait injecté le sang en nature.

Mais, heureusement, comme je l'ai dit, ces surprises sont rares. Récemment, M. Gilbert a présenté à la Société de biologie un chien tuberculeux; mais ce chien était en même temps cancéreux, et l'on sait que, malgré l'antagonisme qui paraît exister chez l'homme entre la tuberculose et le cancer (affection de nature arthritique suivant Bazin, M. Verneuil, etc.), un certain nombre de cancéreux deviennent phthisiques. Mais c'est qu'alors le tubercule s'est greffé et a germé dans un terrain affaibli, cachectisé par le cancer. Il en a été de même pour le chien. Mais, je ne saurais trop le répéter, avec la précaution prise par M. Richet et ses préparateurs de faire l'autopsie minutieuse des animaux saignés, immédiatement après la mort, il n'y a aucun danger d'inoculer une maladie transmissible à l'homme.

Et la rage? Ceci est une objection qui m'a déjà été faite plusieurs fois. A coup sûr, avec la précaution que je viens d'indiquer, il n'y a aucun danger

---

rire de ces tours des bons petits camarades. Mais c'est toujours amusant pour la galerie, qui compte les points — et les coups de langue.

*
* *

Il y a vraiment des histoires drôles, dans les concours. J'ai connu un candidat qui ne pouvait pas préparer un concours, sans avoir toujours dans ses poches, plusieurs semaines avant l'ouverture dudit concours, quelque pièce anatomique qu'il emportait chez lui pour étudier. Aussi était-il généralement suivi par tous les chiens du quartier, qui le connaissaient, et qui paraissaient avoir un plaisir extrême à flairer les basques de son habit. Je n'ai pas entendu dire qu'ils aient poussé plus loin leur familiarité, plus respectueux en cela que ceux auxquels Panurge avait inspiré l'idée d'aller compisser une « noble et honneste dame » qui avait fait fi de sa flamme.

Comme le susdit candidat oubliait toujours de reporter ses pièces à l'Ecole pratique dès qu'il n'en avait plus besoin, il les mettait dans une grande jarre qu'il avait achetée à cet effet et qu'il bouchait hermétiquement. Il espérait ainsi, quand les parties molles se seraient détachées, recueillir assez d'os pour se monter un squelette. Idée de jeune homme! Mais, un beau jour, le concours finit, où il fut nommé du reste, et les vacances arrivèrent. Il partit, aussi fier de son succès qu'oublieux des richesses accumulées dans la fameuse jarre. Celle-ci, à force de subir les alternatives de chaud et de froid du jour et de la nuit, finit par se déboucher; tant et si bien que l'odeur propre aux pièces ana-

d'injecter par mégarde le sérum d'un animal en puissance de rage. Mais en injectant le sérum du chien à l'homme, ne peut-on renforcer l'aptitude que ce dernier possède de contracter la rage? Ceci n'est qu'une hypothèse à laquelle il est impossible de répondre. Mais admettons que l'hypothèse soit résolue par l'affirmative. Le tuberculeux aurait alors à choisir entre les termes suivants : ou mourir presque à coup sûr de la phthisie, ou risquer de contracter la rage — avec cette restriction que les chances de contracter la rage sont infiniment moins grandes que celles de mourir de la phthisie. A la place des phthisiques, je n'hésiterais certainement pas.

Quels sont actuellement les résultats fournis par les injections de sérum de chien? Nous avions promis de tenir nos lecteurs au courant de ces résultats, mais, désireux de ne pas tomber dans la faute commise par les partisans de la lymphe de Koch, nous ne voulons pas trop nous presser. Nous pensons que ces résultats seront communiqués en entier au prochain Congrès de la tuberculose, qui aura lieu à la fin du mois de juillet 1891, par les divers médecins qui auront mis en pratique les injections de sérum canin ou autre. On les étudie dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, et en général les résultats sont encourageants. On n'a pas encore signalé d'accidents consécutifs aux injections, sauf quelques cas d'urticaire ou d'herpès labialis.

— A l'appui de ce que nous disions plus haut sur la présence des bacilles de Koch dans le sang des tuberculeux, nous rappellerons que plusieurs médecins étrangers, MM. Liebmann (de Trieste), Barling et Starley Wilson (de Birmingham) viennent de les signaler dans le sang de tuberculeux traités par les injections de tuberculine. On a objecté que ces bacilles pouvaient exister dans le sang avant l'injection de lymphe, comme Weichselbaum, Rütimeyer, Stricker, Ulacacci, etc. l'ont démontré. Mais quelle que soit la provenance de ces bacilles, cela nous importe peu pour le moment; nous n'en retenons que ce fait, qu'il peut exister des bacilles dans le sang des sujets tuberculeux, et que, par conséquent, en injectant à d'autres sujets ce sang en nature, on leur injecte en même temps des bacilles.

---

tomiques macérant pendant l'été finit par se répandre dans toute la maison, en procédant de l'étage supérieur, très supérieur même, où demeurait notre ami, jusqu'à l'étage inférieur, où résidait le propriétaire. C'était une plainte générale, à tel point que tout le monde finit par croire qu'un crime avait été commis dans la maison, et qu'un cadavre... Bref, on ne songeait rien moins qu'à prier le commissaire de police de faire une perquisition lorsque la fin des vacances ramena l'étudiant dans ses lares. Ils étaient en bel état !

Le propriétaire, furieux, aurait bien voulu donner congé à un locataire aussi nauséabond; mais il réfléchit que personne ne voudrait loger dans un petit appartement aussi infect, et pesta en silence. Il se contenta de faire désinfecter de son mieux la partie supérieure de son immeuble et à prescrire à son concierge une surveillance des plus minutieuses à l'égard du contenu des poches de son locataire lorsqu'il rentrerait.

*
* *

Le chroniqueur scientifique du *Figaro*, M. Emile Gautier, que je n'ai pas l'honneur de connaître, mais qui me paraît très compétent sur les questions qu'il traite, repêche les injections Brown-Séquard, sur lesquelles on avait jeté depuis quelque temps le manteau de l'oubli. Il paraît que, bien qu'on n'en parle plus, on y pense plus que jamais, comme de la revanche; mais, de plus, on en fait aussi plus que par le passé, non seulement pour ce que vous savez bien, mais encore pour tout autre chose. Ce que dorénavant on

— A ajouter aux précédentes nouvelles relatives à la vente de la lymphe de Koch. (Prière à la *Gazette hebdomaire* allemande *de Saint-Pétersbourg* de vouloir bien en prendre note.)

La *Gazette universelle*, de Munich, annonce que l'administration supérieure a interdit aux pharmaciens de la capitale bavaroise de vendre la lymphe de Koch. L'interdiction est absolue. Le remède doit être refusé même aux médecins!

Nomination du personnel de la Faculté de médecine de Toulouse.

Le ministre de l'instruction publique vient de désigner le personnel de la nouvelle Faculté mixte de médecine et de pharmacie créée à Toulouse. Voici la composition du corps professoral de cette Faculté :

Professeurs titulaires

Anatomie : M. Charpy, docteur en médecine.
Histologie normale : M. Tourneux, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Anatomie pathologique : M. Tapié, agrégé des Facultés de médecine.
Médecine opératoire : M. Labéda, docteur en médecine.
Médecine légale : M. Duponchel, docteur en médecine.
Clinique médicale : M. Caubet, docteur en médecine.
Clinique médicale : M. Mossé, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire à la Faculté de médecine de Montpellier.
Clinique chirurgicale : M. Jeannel, docteur en médecine.
Clinique chirurgicale : M. Chalot, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Clinique obstétricale : M. Crouzat, docteur en médecine.
Pharmacie : M. Dupuy, pharmacien supérieur.
Chimie et toxicologie : M. Frébault, docteur en médecine.

Chargés de cours

Physiologie : M. Meyer, agrégé près la Faculté de médecine de Lille.
Pathologie interne : M. André, docteur en médecine.

---

demande au bienfaisant liquide, c'est « de corriger toutes les faiblesses et tous les marasmes qui dépriment la dolente humanité; c'est de remédier à la misère physiologique, quelles qu'en puissent être les causes, la genèse et les formes; c'est de ragaillardir tous ceux que la vieillesse ou la maladie, les privations ou les excès, l'épuisement ou le surmenage, les dégénérescences acquises ou les tares héritées ont abattus et vidés; c'est d'être le cordial par excellence, le suprême réconfort, comme qui dirait la panacée universelle ».

Il paraît indéniable qu'on a pu guérir ainsi, radicalement guérir, ce qui s'appelle guérir, des anémiques et des névropathes, des paralytiques et des rhumatisants, des cardiaques et des goutteux, des ataxiques, des hypochondriaques, des influenzés, etc., voire des lépreux. Toute la série des déchéances y a passé.

Je crois bien pourtant que M. Gautier est un peu trop crédule et qu'il s'est laissé poser un lapin, comme on dit. Guérir des cardiaques, des goutteux! Peste, comme vous y allez! et des lépreux donc!

Aussi songe-t-on maintenant à traiter la tuberculose par la même méthode. C'était bien le moins. Il est vrai que M. Gautier nous donne des raisons qui ne sont pas trop mauvaises. Assurément, dit-il, le philtre ne détruit pas plus les bacilles qu'il ne cicatrise les cavernes, mais en tonifiant l'organisme, par le coup de fouet qu'il lui donne, il le met en état de réagir victorieusement, en vertu de sa propre spontanéité, contre le mal. (Ça, c'est un peu hasardé comme explication; ce qui suit vaut mieux.) Puisque la vie n'est qu'une bataille sans fin ni trêve entre les cellules organiques et les ennemis du

Pathologie externe : M. Pénières, ancien agrégé des Facultés de médecine.
Thérapeutique : M. Saint-Ange, docteur en médecine.
Hygiène : M. Guiraud, docteur en médecine.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Artigalas, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux.
Clinique ophthalmologique : M. Terson, docteur en médecine.
Matière médicale : M. Brœmer, pharmacien supérieur.

Chargé des fonctions d'agrégé

Médecine : MM. Bézy, Maurel et Rémond, docteurs en médecine.
Chirurgie : MM. Secheyron et Vieusse, docteurs en médecine.
Anatomie et histologie : M. Bédart, docteur en médecine.
Chimie : M. Marie, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences.
Les enseignements de physique, chimie et histoire naturelle de la première année de médecine seront donnés par la Faculté des sciences, à laquelle sont attachés pour cet objet, en qualité de chargé de cours de physique : M. Mathias; de chimie, M. Destrem; de zoologie, M. Roule, docteurs ès sciences; de botanique, M. Lamic, pharmacien supérieur.
Cette nouvelle Faculté fonctionnera à dater du 1er avril prochain.

Nous ne pouvons qu'approuver les choix qui ont été faits, mais nous aurions désiré mieux pour M. Pénières, ancien agrégé nommé au concours, et qui n'est que chargé de cours, et pour M. Maurel, que ses travaux scientifiques et sa remarquable élocution semblaient désigner pour une chaire de pathologie interne. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

De l'insuffisance aortique, par M. le professeur VILLARD (1). — La bonne fortune a réuni, dans notre clinique, plusieurs cas d'affections cardiaques d'origine et de types

(1) *Marseille médical*, 1891.

dedans et du dehors, le but ultime de l'art de guérir doit être d'armer en conséquence celles-là contre ceux-ci. C'est précisément ce que la « séquardine » en galvanisant le système nerveux, qui commande la nutrition, la circulation, tout le dynamisme vital, et la volonté elle-même, peut et doit, mieux que tout le reste, réaliser.

Mais il ne faut pas croire que tous les animaux sont aussi propres les uns que les autres à être abailardisés; le jus de cochon d'Inde présente une supériorité marquée sur celui des autres. L'extrait de lapin, par exemple, tout en produisant les mêmes effets dynamogéniques généraux, rend, à ce qu'il paraît, les inoculés maussades et mélancholieux. Au contraire, l'élixir de cochon d'Inde vous donne, avec le montant, du rose à broyer. Aussi, le cochon d'Inde va-t-il faire prime; on en manque déjà sur la place.

*
* *

Comme fin de causerie :

Un jeune voyou vient pour se faire arracher une dent par le garçon de salle qui opère cette délicate opération à l'hôpital. Il commence par faire à son bourreau quelques recommandations.

— J'espère que tu ne vas pas m'estropier, hein, avec ton outil, et que tu vas me faire ça proprement.

Le garçon se regimbe. « Pour qui donc me prends-tu, espèce d'avorton? Ouvre seulement ta..... bouche. »

Celle-ci ouverte, une vraie écurie d'Augias, le patient montre bien du doigt la dent à

différents, et je ne saurais mieux faire aujourd'hui que de vous en exposer un. Je veux parler de cet homme, qui est couché au nº 19 de notre salle Ducros; j'espère, suivant la méthode qui m'est familière, arriver par l'étude des signes cliniques que je trouverai chez ce malade, à reconstituer devant vous l'anatomie pathologique des lésions dont il est porteur, et de là, à remonter au diagnostic étiologique et pathogénique.

Le malade que je vous présente est un homme de 59 ans, marin, qui n'est ni rhumatisant, ni syphilitique; mais c'est un ancien paludéen et surtout, ne l'oubliez pas, un alcoolique. A un examen superficiel, vous pourriez croire que cette tare alcoolique n'existe pas; ce serait une grave erreur. Notre homme vous dit bien qu'il n'est pas buveur, il a peut-être raison à son point de vue; ce n'est pas un ivrogne. Mais faites-lui exposer le compte exact et détaillé des boissons alcoolisées qu'il absorbait chaque jour, et vous reconnaîtrez qu'il serait devenu alcoolique à moins. Je vous dis cela, en passant, pour vous démontrer qu'on ne fait de la bonne clinique qu'en fouillant minutieusement son malade, et qu'on ne doit pas s'arrêter à des affirmations légères. On risquerait de laisser dans l'ombre des points d'une importance extrême, soit pour asseoir le diagnostic, soit pour établir la pathogénie.

Je reviens à mon sujet, il semble, au premier abord, qu'il ne soit guère incommodé par les graves lésions que nous allons rencontrer chez lui. Il est entré à l'hôpital pour une recrudescence de la toux qu'il présente habituellement. Cependant pressez un peu votre interrogatoire, et vous arriverez bientôt à reconnaître un grand nombre de symptômes révélateurs d'une altération profonde de l'aorte. Vous trouverez, en premier lieu, de la dyspnée à caractères bien nets. C'est une dyspnée d'effort, se manifestant surtout lorsque le malade se livre à ses occupations qui sont assez pénibles, il faut l'avouer. Son métier consiste à passer les promeneurs d'un côté à l'autre du vieux port, et il lui arrive souvent, pendant cette petite traversée, de laisser aller les rames, et d'abandonner sa barque à son élan, étant pris à ce moment d'une oppression lui interdisant tout effort. Il y a plus encore; outre cette dyspnée de travail, notre marin est sujet à une dyspnée nocturne, paroxystique, l'étreignant subitement au milieu de son sommeil, et le forçant soit à s'asseoir sur son séant dans une angoisse extrême, soit à courir à la fenêtre chercher cet air qui lui semble devoir lui manquer.

Vous n'observerez pas ici de phénomènes d'angine de poitrine bien accusés; il n'y a pas cette douleur en barre si terrible de la région rétro-sternale, ni cette sensation de mort prochaine, imminente, caractéristiques de l'angor pectoris. La palpation n'est pas douloureuse dans la région pré-aortique; tout au plus existe-t-il quelques douleurs

---

enlever et insiste : « Surtout ne la casse pas! — As pas peur! » Et l'opérateur prend fortement la dent avec un davier, et du premier coup enlève la couronne.

Fureur du jeune voyou! Mais l'autre, sans se déconcerter : « Eh bien, quoi? Vous vouliez donc que je vous l'enlève d'un seul coup? Il fallait le dire avant, alors. »

L'autre a été muselé. Et il l'est encore. Simplissime.

Traitement de l'érysipèle.

Après avoir lavé à l'eau de savon, non seulement la plaque érysipélateuse, mais encore toute la surface cutanée avoisinante, Rosenbach lotionne tous les jours les mêmes régions avec une solution alcoolique d'acide phénique à 5 p. 100. Sous l'influence de ce traitement, l'auteur affirme que le processus inflammatoire diminue bientôt, que la fièvre tombe progressivement, et que la guérison a lieu en général dans l'espace de cinq jours environ.

Dans le cas d'érysipèle de la face, Hallopeau recommande une solution de salicylate de soude à 5 p. 100. On en imbibe un masque de toile, composé de plusieurs doubles, que l'on étend au delà des parties envahies, et par-dessus lequel, on maintient un autre masque de taffetas gommé. Au bout de peu de temps, le gonflement et la tension de la peau s'affaissent, et la rougeur s'arrête en décroissant peu à peu, à la bordure du cuir chevelu. Il ne se produit pas de délire, et la fièvre est peu accusée. — A l'intérieur, l'auteur administre un purgatif au calomel; puis il prescrit alternativement le sulfate de quinine et le salicylate de soude, à un jour d'intervalle. — N. G.

vagues dans l'épaule et le bras gauches. Un autre symptôme est à noter : c'est l'existence de vertiges, se manifestant assez irrégulièrement, mais qui sont toutefois bien appréciés par le malade.

Si, munis de ces renseignements qui ont déjà une grande valeur pour le médecin habitué à la clinique, vous passez à l'examen des différents organes, vous pourrez alors acquérir la certitude des lésions profondes et, bien plus, irrémédiables. J'en ai dit assez tout à l'heure, pour que nos premières investigations portassent sur le cœur.

L'inspection cependant n'apprend rien de nouveau; vous ne constaterez ni voussure, ni soulèvement de la paroi thoracique par la contraction cardiaque. Par la palpation, vous reconnaîtrez la pointe dans le sixième espace intercostal gauche, sur la ligne mamelonnaire; mais l'impulsion n'y est pas énergique; vous avez là la sensation d'un cœur qui se contracte mollement. Retenez ce fait, il ne doit pas rester inaperçu; vous en saurez plus tard la raison et l'importance. La palpation n'en révèle pas davantage; aucun frémissement, ni frottement.

Vous connaissez les ressources que fournit, dans certains cas, la percussion; elle ne doit donc pas être négligée, quoique ses résultats ne soient pas toujours faciles à apprécier. Dans le cas présent, elle vous apprendra que les diamètres transversaux du cœur sont légèrement augmentés, mais surtout que la zone de matité des vaisseaux de la base est considérablement accrue, et cette constatation est de la plus haute gravité.

Voici à présent ce qui ressort de l'auscultation : les bruits du cœur sont assez réguliers, quoique interrompus de temps en temps par quelques intermittences. Mais il ne s'agit pas de véritable arythmie, d'affolement du cœur. Le premier bruit est faible, mal frappé; rapprochez ce nouveau fait de la faible impulsion perçue par la main appliquée sur la région précordiale. Pas de souffle à la pointe, sauf des bruits de propagation que nous retrouverons bientôt. Si l'auscultation de la pointe est muette sur la présence des bruits surajoutés, il est loin d'en être de même à la base. A l'orifice aortique, l'application de l'oreille vous fera entendre un double bruit de souffle, très exactement l'un au premier, l'autre au second temps. L'étude de ces souffles vous apprendra que le premier, souffle asystolique, est rude, bref, vibrant et remonte à droite sous la clavicule, tandis que le second, diastolique, est prolongé, plus doux, aspiratif, en jet de vapeur et se propage manifestement dans deux directions : le long du bord droit du sternum, vers l'appendice xiphoïde, et en plein cœur, jusque vers la pointe. Quant au bruit sigmoïdien, il a presque disparu, il ne présente pas cet éclat tympanique signalé par Bucquoy et Marfan, dans certains cas de dilatation aortique. L'étroitesse de la fourchette sternale ne m'a pas permis ni de sentir, ni d'ausculter la crosse de l'aorte.

Voilà déjà un bon nombre de signes pathologiques pour l'appareil circulatoire; ils ne sont pas les seuls. Passez en revue les différentes branches de l'arbre artériel; vous les trouverez toutes indurées et dilatées. Les sous-clavières sont soulevées des deux côtés; elles donnent, au doigt qui les comprime, cette sensation de frémissement vibratoire, sur laquelle Soulier a spécialement attiré l'attention. A partir des sous-clavières jusqu'à l'extrémité du membre supérieur, vous suivez facilement des yeux le trajet des artères, qui sont comme bondissantes et présentent ce phénomène particulier, décrit sous le nom de danse artérielle; on retrouve cette même danse dans les artères du cou et de la face, et même, quoique atténuée, au membre inférieur. J'ai parlé de dilatation artérielle; vous l'observerez rarement aussi prononcée qu'au niveau de la partie supérieure de l'artère humérale, qui est grosse presque comme le petit doigt. L'auscultation des artères, au cou, permet d'y retrouver les deux souffles signalés à l'orifice aortique; vous entendrez, en auscultant les crurales, le double souffle de Duroziez.

Vous m'avez vu prendre le tracé sphygmographique de la radiale; à lui seul, il fait le diagnostic de la lésion. Vous y remarquerez d'abord la ligne droite et brusque d'ascension, témoignant ici, non d'une impulsion très énergique du cœur qui n'existe pas, mais d'une vacuité relative du réseau artériel et d'une diminution marquée de la tension, vous y verrez le crochet, caractéristique de l'insuffisance aortique, indiquant le brusque abaissement d'une tension déjà affaiblie, par le retour du sang dans le ventricule; puis, le plateau horizontal, succédant à ce crochet, indice de l'induration artérielle, confirmée par la diminution du dicrotisme normal, qui est produit par l'élasticité des

tuniques du vaisseau. J'avais donc bien raison de vous dire qu'à lui seul, le tracé faisait le diagnostic.

Enfin, je vous signalerai encore, chez notre malade, le pouls capillaire, qu'il est rare de trouver aussi développé; les alternatives de pâleur et de rougeur des réseaux capillaires sont absolument remarquables. J'aurais voulu vous montrer, au fond de la gorge, ces phénomènes désignés sous le nom de pouls amygdalo-carotidien, de pulsations du voile du palais; je ne les y ai pas rencontrés. Les veines elles-mêmes ne paraissent pas intactes; elles sont très apparentes, dilatées, et le doigt qui suit leur trajet fait apprécier leur induration, tout spécialement au niveau du pli du coude.

L'arc péri-cornéen, signature de l'athérome, est très développé.

Sans être aussi profondément touché que tout l'arbre circulatoire, l'appareil respiratoire a aussi sa part d'altérations. Sans parler de la dyspnée que je vous ai déjà signalée et qui relève de différents facteurs, vous observerez ici une toux habituelle, devenue plus fréquente ces jours-ci; le malade, qui crache en temps ordinaire, présente à l'heure actuelle une expectoration muco-purulente abondante. L'auscultation de la poitrine vous donne la raison de ces troubles anciens et nouveaux ; il existe de la sclérose du poumon, et, en plus, une bronchite généralisée avec congestion aux bases. Vous remarquerez aussi dans la plèvre gauche les signes d'un épanchement léger, qui paraît de date récente, car, ces jours derniers, le tracé thermométrique a accusé un peu de fièvre, et le malade s'est plaint d'un point de côté.

Pour terminer l'énumération de ces maux, je vous signalerai l'existence d'une polyurie et d'une pollakiurie, qui prouvent, d'une façon certaine, que le rein est atteint de prolifération interstitielle.

Il ne faudrait pas croire à présent, Messieurs, que ma tâche est terminée. Nous sommes en possession d'un grand nombre de signes morbides, il faut les interpréter, reconstituer, grâce à eux, les lésions, causes de ces signes, établir les rapports réciproques de ces diverses lésions, et, ces lésions une fois connues, tacher d'élucider le problème pathogénique.

Vous devez l'avoir compris; c'est dans le système artériel que réside le mal chez notre marin, ou, pour mieux dire, tout son système circulatoire est malade. Souvenez-vous de cette induration artérielle généralisée, de cette dilatation si prononcée de certains vaisseaux, de cette danse des artères qui frappe à première vue du malade, de l'arc péri-cornéen, du plateau que je vous ai fait remarquer sur le tracé sphygmographique; il s'agit ici d'artérite chronique, d'athéromasie étendue à toutes les parties du réseau. La lésion vasculaire a fait perdre aux tuniques leurs propriétés essentielles, l'élasticité et la contractilité; et c'est dans cette perte que l'on doit rechercher la cause des divers phénomènes présentés par les artères.

Vous croyez peut-être, Messieurs, que j'oublie les lésions du cœur; non, je les mets à leur place, car, à mon avis, le cœur n'est malade que secondairement; il est malade parce que tout l'arbre circulatoire a souffert, et spécialement la crosse de l'aorte. Il s'agit d'une de ces cardiopathies artérielles, qu'a décrites le docteur Huchard. La crosse de l'aorte est profondément altérée, et même largement dilatée; en voulez-vous les preuves : la matité transversale des vaisseaux de la base du cœur est augmentée de près du double; les artères sous-clavières sont soulevées et l'auscultation vous a fait percevoir un bruit de souffle intense au premier temps, se propageant vers la clavicule droite, et trahissant à votre oreille la présence incontestable, non d'un rétrécissement aortique, mais d'une dégénérescence athéromateuse de la paroi interne du vaisseau.

Voulez-vous une nouvelle preuve de dilatation aortique; vous l'avez dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes qui se traduit par le souffle du second temps. Les valvules sont fort certainement malades, ce à quoi il faut s'attendre avec des lésions artérielles partielles; mais ce n'est pas à ce titre seul qu'elles sont insuffisantes, elles sont insuffisantes parce que l'aorte est dilatée, parce qu'il y a aortite. Il y a donc insuffisance aortique, non par endocardite, mais par endartérite. Je ne veux pas laisser cette étude des lésions du cœur, sans vous dire quelques mots sur les altérations du muscle cardiaque lui-même. L'absence de crises d'angine de poitrine me fait penser que les artères coronaires ne sont pas oblitérées pour le moment; mais la dilatation du cœur, l'assourdissement du premier

bruit, le manque de cette impulsion énergique, que l'on rencontre dans l'insuffisance aortique, tout cela me fait supposer que la nutrition du cœur est défectueuse; et, si elle est défectueuse, c'est encore parce que le système artériel est malade au niveau même du cœur; il y a coronarite, comme il y a aortite.

Mais les artères ne sont pas les seules parties de l'arbre circulatoire qui soient lésées; les capillaires le sont également. Tout le réseau capillaire est dilaté; vous y verrez rarement un pouls aussi prononcé que dans le cas qui est sous vos yeux. Ce pouls capillaire indique deux choses : d'abord que les artères sont inélastiques, ainsi que vous le savez déjà. Les expériences de Marey ont parfaitement démontré que c'est à l'élasticité artérielle qu'est due la continuité du cours du sang dans les capillaires et les veines; cette élasticité vient-elle à diminuer ou à disparaître, le sang se trouvera avoir à circuler dans des tubes rigides, et les saccades du cœur retentiront jusqu'à l'extrémité du circuit vasculaire. De la constatation de ce pouls ressort un deuxième fait : c'est, je vous le répète, une dilatation considérable des vaisseaux capillaires, résultant également de l'altération de leurs parois.

Même remarque pour les veines. Quoique la phlébite chronique généralisée ne soit pas aussi bien connue que l'artérite chronique, je suis persuadé qu'ici le système veineux sans être intimement touché comme le système artériel, n'est pas resté vierge d'altérations; je base cette conviction sur la dilatation et l'induration veineuses, que vous apprécierez facilement sur la région antérieure de l'avant-bras.

Quoi d'étonnant, avec de pareilles lésions vasculaires, à ce que les reins ne soient pas sains? Les signes de néphrite interstitielle concordent parfaitement, au contraire, avec cette dégénérescence artérielle généralisée. L'artérite rénale a été le point de départ de la prolifération conjonctive, et, si le malade a le temps d'y arriver, il présentera sûrement à l'autopsie le petit rein contracté qui est véritablement le rein de l'artério-sclérose.

Pour les lésions pulmonaires, je ne crois pas qu'elles relèvent toutes de l'altération des vaisseaux ou du cœur. Sans doute, la sclérose des poumons me paraît être ici sous cette dépendance. Mais j'estime que la bronchite actuelle et le léger épanchement pleural, que nous avons diagnostiqué au côté gauche de la poitrine, sont des phénomènes surajoutés, dont nous devons chercher la cause dans la constitution médicale du moment. La marche de ces accidents, leurs caractères cliniques ne rappellent en rien la marche et les caractères des lésions pleuro-pulmonaires d'origine circulatoire; et c'est ce qui me fait penser à des troubles purement contingents.

Telles sont, Messieurs, les lésions anatomiques dont notre malade est porteur. Encore un pas, et notre diagnostic sera complet. Nous sommes en possession de notions cliniques et anatomiques précises; il ne s'agit plus que de vous montrer la cause première de tous ces troubles, en un mot, la pathogénie des altérations que nous venons de passer en revue. Vous vous souvenez que notre malade est un alcoolique, et vous savez avec quelle violence l'alcool, surtout le mauvais alcool que boivent généralement les marins, attaque les parois des vaisseaux. Ce traumatisme interne se fait peu sentir sur les gros troncs eux-mêmes; mais il s'en prend à eux, d'une façon pour ainsi dire détournée, par l'intermédiaire des vasa vasorum. Il se développe au contact de ce liquide que, par ironie sans doute, on a appelé eau-de-vie, il se développe, dis-je, un travail d'inflammation de la paroi interne de ces petits vaisseaux, amenant leur oblitération complète. C'est la capillarite oblitérante d'Hippolyte Martin. Il est facile alors de comprendre ce qui va se passer sur les troncs privés de leurs vaisseaux nourriciers. La tunique interne, qui est normalement la plus mal nourrie, va ressentir la première les effets de cet arrêt de la nutrition, et bientôt apparaîtront les plaques jaunes de l'athérome artériel. Peu à peu, la nécrobiose gagnera du terrain, les lésions s'étendront en profondeur comme en surface, et l'artère, privée de ses éléments élastiques et contractiles, se laissera distendre et formera un tube inerte, dépourvu de ses propriétés physiologiques; c'est le point de départ d'un changement absolu dans les conditions normales de la circulation. C'est ce qui s'est produit chez l'individu que j'ai soumis à votre examen.

Que vous dire à présent du pronostic? Vous l'avez compris; notre pauvre homme est fatalement voué à la mort prochaine. Quel chemin prendra-t-il pour y arriver? Les chemins sont nombreux : la mort subite, la mort par angine de poitrine, l'asystolie,

sans parler d'autres façons de mourir moins probables. Je ne sais s'il prendra celui-ci plutôt que celui-là; mais je suis persuadé que le dénouement ne tardera pas à confirmer mes appréciations pessimistes. Faut-il toutefois se croiser les bras et, pénétrés d'un fatalisme absolu, attendre patiemment que la mort vienne réclamer ses droits? Non, si nous ne pouvons guérir, nous pouvons au moins soulager le malade et peut-être prolonger son existence. Voici les moyens que j'emploierai à cet effet : je ne pense pas que l'iodure de sodium soit positivement indiqué, à cause de l'ancienneté et de la profondeur des lésions. Je pense plutôt que l'indication capitale est de soutenir les forces du cœur, et la caféine me semble devoir répondre à ce desideratum. Il faut encore soutenir les forces générales du malade, donner un peu d'énergie à son système nerveux, dont les fonctions sont alanguies par la mauvaise circulation; l'arsenic, le phosphore répondent à cette indication nouvelle. On y joindra, avec avantage, une alimentation essentiellement tonique et reconstituante.

REVUE DES JOURNAUX

Cas remarquables de maladie de Basedow, par Liebrecht (*Annales d'oculistique*, 1891). — Dans les trois observations que publie Liebrecht, il relève dans la première une ulcération de la cornée des deux yeux, la trémulation spéciale et permanente des paupières; dans le premier et le second cas, une ophthalmoplégie externe; dans le troisième, une paralysie de l'abducteur droit.

Les paralysies musculaires ne sont pas rares dans la maladie de Basedow (la littérature en compte 15 cas). Il doit y avoir rapport de cause à effet, rapport qui se comprendrait bien si l'on plaçait l'origine de la maladie de Basedow dans la même région du système nerveux central, dont on peut admettre l'état pathologique dans ces formes compliquées de paralysies musculaires. Cette région serait celle des noyaux de la moelle allongée. Avec cette donnée, on comprend aisément les observations dans lesquelles se déclarent, au cours de la maladie de Basedow, des parésies du facial, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien. La propagation est aussi possible dans une voie centripète, comme paraissent le démontrer les paralysies, anesthésies, accès épileptiformes, sans que l'autopsie révèle des modifications anatomiques. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mars 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues; — deux volumes in-4° du docteur Burggrœve, intitulés : *le Dossier du docteur Koch et la médecine dosimétrique*, Paris, 1891; et *la Société de médecine de Gand et la médecine dosimétrique, de 1834 à 1889,* Paris, 1891; — le compte rendu de la session de 1889-90 de la Société d'hydrologie médicale de Paris, par M. le docteur Leudet, secrétaire général.

— A propos du procès-verbal, M. Dubuc fait remarquer qu'il existe encore une preuve de l'identité du bacille dans les faits d'hérédité. Il cite une jeune fille de 16 ans, qui est atteinte d'une tuberculose primitive de la vessie : la mère et la grand'mère étaient mortes tuberculeuses.

M. Duroziez : A propos de l'emploi par Liebreich de la cantharidine en injections sous-cutanées, je rappellerai que, depuis de longues années, j'ai dit et écrit que l'action des vésicatoires diffère singulièrement, suivant qu'ils sont absorbés ou qu'ils n'agissent que sur le tégument externe. Chez Bouillaud, on appliquait toujours les vésicatoires sur des ventouses scarifiées, de façon à provoquer une intoxication cantharidienne. Les

pneumonies graves, les pneumonies alcooliques ne guérissaient que lorsque cette intoxication s'était produite. C'est une preuve que la cantharidine agit sur les microbes et les pneumocoques de la pneumonie.

— M. DUROZIEZ lit un mémoire sur *la conformation du thorax dans les maladies du cœur.* (Sera publié.)

M. LEUDET : Quand on observe chez un sujet une déformation rachitique du thorax (sternum projeté en avant, etc.), est-ce un signe certain de lésion du cœur ou de l'aorte?

M. DUROZIEZ : Sans aller si loin, je dirai seulement qu'il existe un rapport étroit entre les lésions du cœur et les altérations rachitiques des os du thorax.

— La Société se forme en comité secret pour discuter le rapport de M. Desnos.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des Fêtes de PAQUES, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 31 Mars 1891.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Trente-deuxième assemblée générale.*

Ordre du jour de la séance du dimanche 5 avril 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Rapport de la commission de recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association générale des médecins de France ;

2° Allocution du président ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1890, par M. A. Riant, secrétaire général ;

6° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892 ;

7° Election des membres du bureau dont le mandat quinquennal est expiré : MM. Larrey et Bouchacourt, vice-présidents ; M. Brun, trésorier ; M. Blache, vice-secrétaire ;

8° Présentation de candidat pour le conseil général de l'Association : — et renouvellement partiel du conseil général ;

Membres du conseil à renouveler : MM. Cornil, Durand-Fardel, Lereboullet, Leroux, Worms, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice.

Les membres du bureau et du conseil sont rééligibles ;

9° Première partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1891.

A sept heures précises le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 6 avril 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ;

3° Deuxième partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères : — Discussion et vote des propositions ;

4° Exposé de l'enquête sur la question de l'assurance-maladie ;

5° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société des Landes (Etudes des changements et améliorations à apporter à la médecine légale) ;

6° Rapport de M. Worms au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1892.

— Les candidats pour le concours de médecin au Bureau central admis à la deuxième épreuve sont, par ordre alphabétique :

MM. Achard, Béclère, Bourcy, Capitan, Dalché, de Gennes, Delpeuch, Despréaux, Duplaix, Gauchas, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Klippel, Laffite, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Marfan, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Nicole, Oettinger, Ribail, Robert, Thoinot, Tissier et Widal.

— MM. Mesnet, Vidal, Laboulbène et Féréol sont nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris.

Association générale des étudiants. — Le comité de l'Association générale des étudiants de Paris, dans sa séance du 18 mars 1891, désireux de voir se nouer des relations universitaires plus intimes et plus efficaces entre étudiants de différents pays, a émis à l'unanimité les vœux suivants, qui seront transmis aux étudiants des Universités amies :

I. — Qu'il soit constitué dans chaque Université un comité de patronage des étudiants étrangers, analogue à ceux qui existent déjà à Paris, à Montpellier, en Suède et en Ecosse, et dans lequel le corps des étudiants de l'Université pourra être représenté par un délégué.

II. — Que lorsqu'un étudiant étranger arrivera dans une association d'étudiants, il soit admis comme membre de cette association s'il est porteur d'une lettre officielle émanant du comité de l'Association des étudiants où il est inscrit dans sa nation.

III. — Que, dans chaque association d'étudiants, les étudiants étrangers soient autorisés à se grouper par « nations ». L'objet de ces groupes sera : 1° d'assurer entre les étudiants de même « nation » des relations régulières ; 2° de leur rendre plus faciles les rapports avec les membres actifs et honoraires de l'Association des étudiants ; 3° d'aplanir aux nouveaux arrivants les difficultés matérielles et morales qui accompagnent l'installation dans un pays étranger.

IV. — Que les étudiants étrangers, ainsi réunis en nations, élisent par nation un représentant qui leur servira d'intermédiaire avec le comité de l'Association des étudiants et le comité de patronage des étudiants étrangers.

V. — Enfin, que dans les Universités dont les corps ou les sociétés seront uniquement composés d'étudiants nationaux, le comité de patronage des étudiants étrangers s'efforce de grouper par nations les étudiants étrangers.

Le comité de l'Association des étudiants de Paris a décidé de rendre exécutoires, pour l'Association de Paris, les vœux II, III, IV.

Congrès international d'hygiène et de démographie. — Ce Congrès doit se tenir à Londres du 10 au 17 août 1891.

La section de bactériologie a pour président : sir Joseph Lister, pour vice-présidents : les docteurs G. Buchanan et Klein.

La section doit discuter l'*immunité*, la *tuberculose*, le rôle des micro-organismes dans la *fièvre typhoïde*, le *choléra*, la *diphthérie*, etc., l'*action des désinfectants*.

Secrétaires de la section : Docteurs W. Hunter, A. Ruffer, C.-S. Sherrington.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béchade (d'Angoulême), Chalvet (de Crest), Clin et Vignolo (de Paris) et M. Eustratiadès, interne à l'hôpital de Cette.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La cinquième session du Congrès français de chirurgie.

Le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, ayant subi les réparations nécessitées par l'incendie qui avait chassé les membres du Congrès à la dernière session, s'est pavoisé de nouveau pour les recevoir encore cette année, plus nombreux et plus empressés que jamais.

La séance d'inauguration a eu lieu lundi, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le professeur Guyon. Auprès de lui avaient pris place sur l'estrade M. H.-Ch. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au ministère de l'intérieur ; M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ; M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre ; M. Weber, directeur du Val-de-Grâce ; M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; les professeurs Verneuil, Bouchard, Duplay, Panas, Lannelongue, Le Dentu ; Chauveau, de l'Institut ; Bergeron, Rochard, Féréol, Polaillon, J. Worms, A. Guérin, Chauvel, M. Sée, Mesnet, Terrier, de l'Académie de médecine ; Spencer Wells (de Londres), Thiriar (de Bruxelles), J.-L. et A. Reverdin (de Genève), Tilanus (d'Amsterdam), Godwin, de Netley, délégué du gouvernement anglais, E. et J. Bœckel (de Strasbourg).

Dans la salle, de nombreux chirurgiens de nos hôpitaux ou agrégés ; MM. Reclus, Bazy, L.-G. Richelot, Ricard, Tuffier, Jalaguier, Michaux, Campenon, Kirmisson, Broca, Gérard Marchant, B. et Th. Anger, Nélaton. Parmi les chirurgiens de province, citons : MM. Duplouy (de Rochefort) ; Combalat (de Marseille) ; Tripier, Poncet, Levrat (de Lyon) ; Demons, Pousson, Boursier, Piéchaud (de Bordeaux) ; Planteau (d'Alger) ; Ehrmann (de Mulhouse) ; Gross, Heydenreich (de Nancy) ; Duret (de Lille) ; Auffret (de Brest) ; Bousquet (de Clermont-Ferrand) ; Le Prévost (du Havre) ; Cerné (de Rouen) ; Maunoury (de Chartres) ; Montprofit (d'Angers), etc. Nous avons encore remarqué, venus de l'étranger : MM. Roux (de Lausanne) ; Léonté (de Bucharest). Enfin, MM. S. Pozzi, secrétaire général, et Picqué, secrétaire général adjoint.

Le discours de M. le professeur Guyon a été ce qu'on devait attendre de cet éminent praticien : un tissu d'excellents préceptes émis, avec l'esprit que l'on connaît, dans des phrases simples, courtes, résumant parfaitement le rôle des chirurgiens français dans les progrès accomplis depuis le commencement de ce siècle et de nos jours, et indiquant surtout ce qu'ils doivent rester, les pondérateurs de leurs trop hardis voisins.

M. Guyon a d'abord rappelé en termes émus les pertes que le Congrès

avait faites dans la personne de plusieurs de ses membres : M. Trélat, son premier président; Duménil (de Rouen); Paquet (de Lille); D. Mollière (de Lyon), etc. Puis il a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès de la province et de l'étranger; enfin, il a tracé des devoirs du chirurgien moderne un tableau dont tous les détails seraient à citer. Qu'on nous permette d'en reproduire quelques-uns.

« Il est de pauvres malades voulant guérir, qui, sachant combien sont puissantes les ressources de la chirurgie, par lassitude ou par impatience, en réclament l'application. Ils sauraient nous convaincre en dépit de nous, si nous n'avions pas coutume de n'obéir qu'à leur intérêt seul. Sous cette forme nouvelle, en maintes occasions, nous nous trouvons obligés de repousser les présents d'Artaxercès.

« Les services que nous sommes en mesure de rendre expliquent qu'il en soit ainsi. Plus ils sont éclatants, plus nous devons nous attacher à cultiver les parties de notre science qui régissent nos actes, plus nous devons avoir la noble inquiétude d'apprendre à ne pas hésiter ou à être, quand il le faut, assez courageux pour nous abstenir. Mais savoir distinguer nettement ce que l'on peut de ce que l'on ne peut pas, juger le nécessaire et voir l'inutile, est le fruit d'une expérience consommée.... Perpétuer la méthode française, obéir à ses traditions fut et doit rester notre principal objectif. Elles sont toutes de raison et de mesure. Mais la modération supérieure qui s'en dégage n'exclut pas l'initiative; elle ne comporte à aucun degré le manque de hardiesse, n'accepte pas le découragement, comprend l'audace quand elle est justifiée et ne repousse que la témérité..... »

M. Guyon a fait appel au bon vouloir de tous pour combler une lacune importante de nos Congrès, où chacun apporte des faits intéressants, dont malheureusement on ne connaît pas les suites. « Chacun de vous apporte dans nos sessions le récit de ses interventions importantes et donne ainsi à nos travaux leur stimulant le plus vif. Pourquoi ne pas prendre l'habitude de nous édifier d'une année à l'autre sur la destinée des malades dont nous aurons entendu l'intéressante histoire? Certes, quand il y aura lacune, on n'en inférera pas que les résultats définitifs n'ont point répondu au succès du premier moment, mais sans aucun doute on saurait un gré extrême à ceux d'entre nous qui achèveraient de faire la lumière. Ils nous donneraient par là ce qui manque le plus à notre instruction. Les jeunes observations, les récits d'opérations récentes à peine âgées de quelques semaines, ont eu leur utilité. Après les suites lamentables des interventions d'autrefois, où, pour les plus petites comme pour les plus grandes, se rencontrait trop souvent l'égalité du danger, il était bon, il était indispensable de montrer que l'acte opératoire le plus complexe, le plus périlleux n'était suivi d'aucun accident, que le traumatisme chirurgical pouvait en quelque sorte passer inaperçu. La démonstration est faite, et bien faite, nous ne saurions nous attarder davantage à l'appuyer de preuves nouvelles. Nous n'avons plus besoin d'être encouragés à l'opération, il nous faut apprendre à bien connaître la valeur des services qu'il nous est permis de rendre. Nous devons à nos malades et à nous-mêmes de vouloir autre chose que des résultats opératoires.

« La possibilité de les obtenir avec certitude nous a menés à de telles conquêtes; elle a si bien témoigné de l'importance des forces dont nous disposons, qu'une sorte de présomption serait presque excusable : il semblerait naturel de nous laisser aller à croire que la chirurgie n'a qu'à mar-

cher désormais tranquille dans ses voies nouvelles et cheminera d'autant mieux sur la route du progrès qu'elle s'occupera moins de ce qui a vécu. Ne serait-il pas plus vrai de penser que, pour ouvrir au perfectionnement la voie la meilleure et la plus sûre, il convient, tout en consacrant nos forces au présent, de ne pas négliger le passé? »

La séance s'est terminée par l'exposé de la situation de plus en plus prospère du Congrès par M. S. Pozzi, secrétaire général; la présentation d'une nouvelle édition de Guy de Chauliac par M. Picqué, secrétaire général adjoint; le compte rendu des finances par M. Alcan, trésorier; enfin, trois communications : de M. Thiriar (de Bruxelles), sur un cas de laparo-entérotomie pour une obstruction intestinale causée par un calcul biliaire; de M. J. Bœckel (de Strasbourg), sur la résection du genou; et de M. Léon Tripier (de Lyon), sur un cas de restauration autoplastique du nez.

La séance du mardi matin a été consacrée à des communications relatives à la chirurgie cranienne.

La question était ainsi posée : *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux, la trépanation primitive du crâne exceptée.* Ce qui comprenait à la fois l'encéphale et la moelle épinière. Mais tous les chirurgiens, sauf MM. Bazy et Verneuil, n'ont considéré que l'encéphale.

Les travaux présentés peuvent se répartir en deux groupes : craniectomie et trépanation.

M. le professeur Lannelongue, qui a déjà pratiqué vingt-cinq fois la craniectomie chez les microcéphales, les enfants arriérés, les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles divers d'origine cérébrale, a exposé les résultats de son expérience, les indications de l'opération, les procédés qu'il a employés, et le manuel opératoire.

La craniectomie est indiquée dans les cas de microcéphalie pure; le cerveau paraît bien conformé, mais les plis des circonvolutions manquent; dans les cas de déformation du crâne par la compression utérine, alors que le liquide amniotique est trop peu abondant ou fait défaut; dans les cas de pachyméningite de l'enfance, sans autres altérations que celles des hémorrhagies méningées; dans divers cas dans lesquels les lésions du cerveau sont confuses. Comment agit la craniectomie dans ces cas? Dans les premiers, ce peut être en donnant au cerveau la possibilité de se développer; mais dans les derniers, qui dit qu'elle ne produit pas sur les centres nerveux une excitation qui amènera la disparition de ces lésions et rendra aux organes leurs fonctions?

Les procédés opératoires comprennent l'ablation de bandelettes osseuses soit longitudinales, soit transversales, ou de véritables lambeaux quadrilatères dans les différentes régions du crâne où l'on peut supposer que siègent les lésions. On peut inciser et exciser la dure-mère, mais il faut avoir soin de la suturer pour éviter l'issue du liquide céphalo-rachidien qui pourrait déterminer la mort C'est le seul but de la conservation de la dure-mère, car on ne peut pas espérer qu'elle favorise la régénération du tissu osseux.

Sur les 25 opérations il y eut 24 guérisons opératoires, et 1 mort dans les quarante-huit heures par septicémie aiguë ou écoulement de liquide céphalo-rachidien; 3 suppurations minimes, dont la plus longue a duré trois semaines. Aucun cas de nécrose. Les 25 sujets étaient 13 garçons et 12 filles.

Tous les opérés ont été améliorés, soit au point de vue intellectuel, soit

au point de vue de la marche; mais, pour beaucoup d'entre eux, les résultats sont encore trop récents.

En effet, comme l'ont très bien dit les orateurs qui ont pris la parole à ce sujet, en particulier MM. Lannelongue et Maunoury (de Chartres), il serait prématuré de porter aujourd'hui un jugement définitif sur la craniectomie; il faut auparavant réunir un certain nombre de faits longtemps observés. La principale indication, la soudure prématurée des sutures, est bien difficile à diagnostiquer d'une manière précise, et bien des cas de microcéphalie qui paraissaient dus à cette cause présentent des sutures non ossifiées.

Il faut, dans l'appréciation des résultats, tenir compte de plusieurs éléments. Il faut se garder d'espérances exagérées; le résultat ne peut être que très relatif, mais il n'est pas pour cela négligeable, la moindre amélioration sur un idiot pouvant présenter une grande importance. Il est plus difficile de savoir faire la part du rôle de l'opération et du rôle de l'éducation dans les résultats obtenus. Toutefois, les résultats opératoires immédiats sont presque toujours favorables. Enfin, chose plus importante, il faut se garder de trop vite prononcer le mot de succès, car les résultats immédiats de la craniectomie ne paraissent pas définitifs. Tantôt l'opéré continue à faire des progrès, ce qui est encourageant, mais souvent aussi les résultats, assez satisfaisants au début, vont en s'atténuant graduellement, et l'opéré revient peu à peu à l'état où il se trouvait avant l'opération. C'est précisément ce qui eut lieu chez une petite fille de 4 ans, atteinte de microcéphalie, opérée par M. Maunoury. Chez un second enfant, il fit une perte de substance plus grande, mais le jour même survinrent des convulsions et la mort eut lieu vingt heures après.

M. Th. Anger a obtenu un bon résultat chez une petite fille que ni lui ni M. Lannelongue ne voulaient opérer, mais qu'il dut opérer par la volonté expresse des parents. Mais que deviendra cette enfant dans quelques mois? L'amélioration consécutive à l'opération sera-t-elle définitive ou seulement passagère, comme dans le cas de M. Maunoury?

Cette question pourrait encore se poser pour les cas dans lesquels on a pratiqué la trépanation. Celle-ci a d'abord fait merveille, puis les accidents sont revenus au bout de quelques semaines.

Tel est le cas de M. Duret. Un homme tombe sur la tête, pas d'accident immédiat; quinze jours après, aphasie; on fait la trépanation; on trouve un foyer sanguin; on en fait le curage; amélioration, guérison opératoire; vingt-quatre jours après, excès de boisson, phénomènes de congestion cérébrale intense; convulsions des quatre membres. Mort.

Celui de M. Jeannel n'est pas plus satisfaisant. On peut le résumer ainsi: Epilepsie jacksonnienne d'origine probablement traumatique; aphasie; parésie du membre supérieur droit. Trépanation; recherche de la scissure de la dure-mère; saillie d'une masse violacée, qu'on enlève avec la curette; deux ponctions blanches dans la substance cérébrale; réunion; guérison opératoire, succès thérapeutique moins satisfaisant, car les accidents reparaissent bientôt, plus intenses même qu'auparavant.

Par contre, MM. Girard (de Grenoble), Reynier (de Paris), Picqué, Broca, Michaud, Doyen ont cité des faits plus encourageants.

Dans le cas de M. Reynier, il s'agissait d'une épilepsie jacksonnienne causée par un gliome du cerveau, kystique, dont l'ablation fit cesser les accidents. Dans celui de M. Doyen, d'un kyste séreux congénital du cerveau dont l'extirpation fit aussi cesser les accidents. M. Picqué fit la trépanation

pour des accidents consécutifs à la pénétration d'une balle dans la tête. Il ouvrit un abcès du cerveau, sans trouver la balle, lava le foyer, draina, sutura, et la malade guérit.

La malade de M. Girard, atteinte d'épilepsie essentielle depuis seize ans, avait eu 6 enfants qui tous furent épileptiques, et dont 5 moururent dans une crise convulsive. Elle fut traitée par la trépanation commencée par la malade, qui se tira un coup de revolver dans la tête, et par le chirurgien, qui enleva les esquilles et le projectile. La malade tomba dans un coma profond après la blessure; après l'opération elle sortit du coma et guérit bien. Avant, c'était une lypémaniaque avec tendance au suicide; après, elle changea de caractère, devint gaie, etc. Chose curieuse, avant, les règles venaient tous les vingt jours et duraient huit jours; après elles vinrent tous les mois et ne durèrent plus que quatre jours. Son état s'est amélioré à tous les points de vue.

Le fait de M. Verneuil est très rare. Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'un abcès de la région sacrée survenu spontanément, sans grand fracas, comme un abcès ossifluent, s'ouvrit aussi de lui-même; mais cette ouverture fut suivie de l'issue d'une grande quantité de liquide qu'on sut plus tard être du liquide céphalo-rachidien, et de la formation d'une fistule permanente. L'incision de cette fistule conduisit sur la troisième vertèbre sacrée, et sur le trou sacré, qui laissait passer le liquide. Pas de nécrose. Après l'opération survint un écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien suivi de coma et de dyspnée. La malade guérit de l'opération, mais la fistule persiste.

N'y aura-t-il pas à l'avenir des cas analogues à la suite des résections du sacrum dans les opérations pratiquées par la méthode de Kraske?

Citons enfin l'intéressante communication de M. Bazy sur l'intervention chirurgicale dans le cas de compression de la moelle et sur l'ouverture exploratrice du canal rachidien.

Ont été nommés présidents d'honneur : MM. Spencer Wells et Brodhurst (de Londres); Tilanus (d'Amsterdam); Duplouy (Rochefort); Combalat (Marseille); Tripier (Lyon); Gross et Heydenreich (Nancy); Chauvel (armée); E. Bœckel (Strasbourg); A. Guérin, Rochard, Duplay, Panas, Lannelongue (de Paris). — L.-H. Petit.

REVUE DES CLINIQUES

Du strabisme hystérique, par M. de Lapersonne (1). — Messieurs, je désire attirer votre attention sur une affection qui a prêté à beaucoup de confusions parce que, dans la plupart des cas, on ne s'est pas attaché à étudier suffisamment les symptômes oculaires présentés par les malades.

Il y a quelques jours, on nous amenait à la clinique, une jeune fille de 14 ans ayant un strabisme interne de 45° de l'œil droit, ayant apparu seulement depuis trois semaines et accompagné de diplopie intermittente. L'époque d'apparition de la déviation constitue déjà un fait inusité : généralement, en effet, le strabisme remonte à l'enfance et ne s'accompagne pas de diplopie. Si on examine de plus près le cas qui nous occupe, on ne tarde pas à reconnaître qu'il s'éloigne à la fois et du strabisme concomitant interne et de la paralysie du muscle droit externe.

Chez notre sujet, le strabisme s'accompagne de clignotement et l'œil est parfois agité

(1) *Bulletin médical du Nord*, 1891.

de mouvements irréguliers incoordonnés, très différents des petits mouvements si caractéristiques de la paralysie musculaire (tentatives de correction par le muscle parésié). Il n'y a ni photophobie, ni larmoiement, on n'observe que quelques légères douleurs frontales. L'acuité visuelle est normale; il en est de même du « fixar-feld » ou champ du regard, dont la mesure nous donne :

O. D. = — 50° + 55°
O. G. = — 50° + 60°

Cette jeune malade présente un habitus caractéristique. On observe chez elle des tics de la face, un hoquet fréquent, une respiration saccadée et irrégulière, une toux en aboiement; elle rit ou pleure très facilement et sans raison; elle a la sensation de boule et présente l'hyperesthésie épineuse. Elle n'a pas toutefois de zones d'anesthésie.

Les renseignements que nous recevons sur ses antécédents nous apprennent qu'elle a eu des convulsions dès son enfance et a été soignée pour une fièvre cérébrale. Réglée à douze ans, elle a cessé de l'être pendant trois mois (août, septembre, octobre 1890). La lecture des journaux, surtout des articles relatifs aux causes célèbres, lui produit des obsessions allant parfois jusqu'à l'hallucination.

Notre malade n'a jamais eu d'attaques, mais nous savons qu'elles sont rares à cet âge (Briquet). Tout nous autorise donc à la considérer comme hystérique. J'ajoute qu'elle est atteinte de strabisme hystérique vrai, affection beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le croire en lisant ce qui a été écrit sur ce sujet.

En effet, beaucoup d'auteurs répètent, depuis Landouzy (1846), « qu'on observe souvent, pendant ou après les accès, des déviations oculaires qu'on appelle strabisme hystérique ». Au moment de l'attaque, il s'agit bien plutôt de roulements des yeux, de la *nictatio* des anciens auteurs, peut-être de déviations conjuguées ou bien simplement du regard extatique.

Mais, même en dehors de l'attaque, il est de toute nécessité de distinguer nettement les uns des autres : 1° le strabisme concomitant; 2° la paralysie oculaire; 3° le strabisme hystérique vrai qui nous occupe.

Le strabisme concomitant, fixe ou alternant, ne présente jamais les variations subites signalées chez notre malade; il s'est développé dès la première enfance ou tout au moins au moment où l'enfant a commencé à regarder de près. Il augmente par la fixation à courte distance. Il ne s'accompagne pas de diplopie, alors même que l'acuité visuelle est égale des deux côtés. Sans doute, ce strabisme est souvent d'origine névropathique et c'est même un des stigmates les plus valables de l'hérédité nerveuse, au même titre que les pieds bots ou les torticolis. Mais ce n'est pas une raison pour en faire un symptôme de la grande névrose. Je vous rappellerai à ce propos l'hystérique que nous avons opérée dernièrement, et qui nous a donné beaucoup de mal pendant et après la chloroformisation. C'est une fille de 18 ans, qui présentait depuis la première enfance un strabisme interne. Avions-nous chez elle un strabisme hystérique? Assurément non; nous avions un strabisme concomitant chez une hystérique.

La paralysie oculaire a, elle aussi, des signes distincts. Elle se caractérise par la fixité relative de l'œil, par la diminution des arcs excursifs, par de légers mouvements rythmiques tendant à redresser l'œil. On observe la diplopie proportionnée à la déviation, la déviation secondaire de l'œil sain, enfin l'inclinaison si fréquente des images fautives : autant de signes qu'il est impossible de retrouver ici à cause de la mobilité de l'œil.

Les paralysies des muscles de l'œil ont été observées chez les hystériques par beaucoup d'auteurs depuis Briquet (1859), mais il est incontestable qu'elles ont été très souvent confondues avec les contractures. Aussi, l'affirmation de Schœfer, dans un travail récent, prétendant que les paralysies des moteurs communs avec ptosis sont fréquentes dans l'hystérie de l'enfance, doit être accueillie avec beaucoup de réserves. D'ailleurs, nous savons que Charcot considère les paralysies hystériques de la tête comme extrêmement rares. Dans un certain nombre de cas diagnostiqués hémiplégies faciales hystériques, il a pu reconnaître un hémispasme glosso-labié. Le savant maître de la Salpêtrière avait même été jusqu'à nier la possibilité des hémiplégies faciales hystériques.

Des faits récents de G. Ballet et de Chantemesse ont montré, si ce n'est leur fréquence, du moins leur existence clinique incontestable.

Pour les yeux, la question est quelquefois difficile à juger, et c'est pour cela qu'un si grand nombre de spasmes ou de contractures des muscles des yeux ont été pris pour des paralysies. Il peut arriver même que les deux se rencontrent chez les mêmes sujets. Dans son intéressante et consciencieuse observation, Borel nous montre la paralysie se transformant sur un même œil en contracture après une opération chirurgicale. De son côté, Parinaud a vu une paralysie d'un des muscles droits sur un œil et une contracture sur l'autre.

Dans notre observation, le doute n'est pas possible : il s'agit bien d'un spasme du muscle droit interne. Les contractures fibrillaires des paupières, les mouvements irréguliers du globe, la douleur frontale, et par-dessus tout la conservation de la force musculaire du droit externe, nous le prouvent suffisamment. Ce cas rentre donc dans la règle très générale.

Si nous voulons résumer en quelques mots les caractères du strabisme hystérique, nous dirons que, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un strabisme spastique. Il se présente surtout chez les jeunes sujets novices de l'hystérie, qui n'ont pas encore eu d'attaques, et chez lesquels la nature de la déviation est d'autant plus difficile à établir que les stigmates de la névrose sont très peu marqués.

La cause occasionnelle de la déviation peut être une émotion morale vive, un traumatisme ou une intoxication; Borel pense que les strabismes réflexes, provoqués par des névralgies dentaires ou par l'helminthiasis, doivent être très souvent d'origine hystérique, et il cite, entre autres, une très curieuse observation de Terrier. La réfraction hypermétropique doit, à mon avis, être considérée comme une cause prédisposante; je l'ai notée chez notre jeune malade et je l'ai retrouvée dans un bon nombre d'observations.

Le début est généralement brusque : le strabisme se produit surtout vers l'âge de 10 à 14 ans, époque à laquelle le strabisme concomitant est depuis longtemps constitué. L'œil est le plus souvent dévié en dedans; exceptionnellement, il est tourné en dehors ou en haut. Il n'est pas fixe, mais il est, au contraire, agité de mouvements désordonnés qui augmentent beaucoup lorsqu'on engage le malade à fixer un objet. Il y a de la diplopie très difficile à mesurer à cause des mouvements fréquents de l'œil, et cependant si on cherche, au moyen des prismes ou du champ du regard, la force des muscles opposés à la déviation, on voit que cette force est parfaitement normale. Ce strabisme s'accompagne de légers clignotements, de contractures fibrillaires de l'orbiculaire, et même de blépharospasme hystérique, avec ou sans hyperesthésie rétinienne ou kopiopie de Förster. On note aussi, dans certains cas, une douleur assez vive, ou une pesanteur particulière, au niveau de la région frontale; enfin, les signes ordinaires de l'amblyopie hystérique, caractérisée par le rétrécissement du champ visuel surtout pour les couleurs, viendront souvent compléter le tableau clinique.

La marche de l'affection, comme ses symptômes, est essentiellement variable, et c'est bien là le signe le plus net du strabisme hystérique. Du matin au soir, la déviation oculaire peut se modifier, peut disparaître même pendant quelques instants, pour se reproduire ensuite. La contracture peut se changer en paralysie, ainsi que le prouvent certains faits observés. Mais, d'une manière générale, le pronostic est relativement bénin, et nous retrouvons ici le principe qui oppose à la ténacité et à la durée de la névrose la fugacité et le peu de profondeur de ses manifestations.

Je n'ai pas à vous parler du traitement s'adressant à l'affection nerveuse (bromure, hydrothérapie, etc.) et à l'état général (régime tonique, etc.).

Au point de vue du traitement local, en principe il ne faut pas opérer les strabismes hystériques, il ne faut pas pratiquer l'avancement capsulaire, ni surtout la ténotomie. Lorsqu'on est intervenu chirurgicalement, c'est que les stigmates trop atténués n'avaient pas permis de poser le diagnostic de la cause. Dans la très curieuse observation de Borel et Landolt, nous voyons l'intervention chirurgicale (avancement musculaire), chez une jeune fille de 18 ans, atteinte de strabisme interne et de légère hypermétropie, provoquer la brusque apparition des symptômes les plus divers et les plus nets de l'hystérie,

on se contentera donc de corriger l'hypermétropie ; on pratiquera le traitement orthoptique en sollicitant la vision bi-oculaire au moyen du verre coloré et de la stéréoscopie. On pourra essayer la métallothérapie et faire usage de l'aimant ; mais on insistera longtemps surtout sur l'emploi des courants continus, qui ont sur les contractures une si remarquable action.

Reste un dernier moyen, l'hypnotisme. Que faut-il en penser au point de vue du traitement de cette manifestation de l'hystérie ?

Borel a fait une étude très consciencieuse de la question en prenant pour point de départ la production du strabisme aux diverses phases de l'état hypnotique.

Dans la phase cataleptique (flaccidité), il a dévié l'œil à l'aide d'une pince et a pu constater que la déviation ainsi produite disparaissait rapidement.

On sait qu'à la période léthargique, la moindre excitation mécanique peut, comme le faisait l'excitation électrique de Duchenne (de Boulogne), provoquer dans les muscles des contractures plus ou moins persistantes. Les muscles de l'œil répondent comme tous les autres à ces excitations mécaniques. Mais l'expérimentation présente ici de grandes difficultés, car, à la période léthargique, les yeux étant fermés, Borel ne pouvait, sous peine de provoquer le réveil, agir qu'à travers les paupières. L'auteur n'a, par ce procédé, obtenu que des résultats inconstants.

Les résultats dans la phase somnambulique ont été, au contraire, des plus nets, et Borel a pu produire le strabisme et le ptosis hystériques par suggestion. Les résultats ainsi obtenus pourraient même persister si on ne se hâtait de les faire disparaître par une nouvelle suggestion.

Malheureusement, la réciproque n'est pas démontrée, et jusqu'ici on n'a pas rapporté d'exemple de guérison du strabisme hystérique par la suggestion. D'ailleurs, il résulte bien des expériences de Borel et de Babinski que l'on ne peut obtenir de résultats que dans le grand hypnotisme ; or, nous savons tous que les manœuvres hypnotiques peuvent provoquer les grandes attaques d'hystérie chez des sujets qui n'en ont pas encore présenté, ce qui est le cas le plus fréquent chez les strabiques hystériques.

La conclusion est donc toute naturelle : à part quelques rares exceptions, il ne faut pas se servir de l'hypnotisme comme moyen thérapeutique dans le strabisme hystérique.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la paralysie nucléaire des muscles oculaires, par Aeberli (*Annales d'oculistique*, 1891). — L'auteur relate quatre cas d'ophthalmoplégie extrinsèque bi-oculaire, observés dans la clientèle et la clinique du professeur Haab et suivis pendant plusieurs années. Dans un de ces cas, les troubles de la motilité oculaire ont été causés par une chute sur la tête avec grande plaie à lambeau et perte de connaissance, sans autres symptômes de lésion cérébrale. Après s'être étendue, en quelques semaines, à toutes les branches extrinsèques de la troisième paire et à la sixième paire des deux côtés, la paralysie s'est guérie, sauf un reste de faiblesse des droits interne et externe d'un œil et du droit supérieur de l'autre. Elle persiste encore après six ans. Il faut penser à une hémorrhagie intéressant les noyaux oculo-moteurs, combinée à des troubles de circulation passagers, à l'origine des abducteurs.

Un deuxième cas, guéri en une année après l'usage prolongé de l'iodure de potassium, pourrait bien avoir été d'origine syphilitique.

Des deux autres malades, une jeune fille très anémique et une femme de 44 ans, bien portante jusque-là, l'une conserve, après quatre ans de traitement, des parésies intéressant les trois paires, l'autre est encore en traitement. L'étiologie reste obscure. L'auteur suppose des troubles circulatoires, peut-être avec apoplexies capillaires, dus à des altérations des petits vaisseaux qui irriguent les noyaux. Les artérioles de la base du cerveau ne s'anastomosent pas entre elles, comme celles de l'écorce cérébrale, mais constituent de vraies artères terminales. Si chaque noyau bulbaire partiel reçoit son artériole, on s'explique les localisations exactes et bien circonscrites des processus morbides dans les différents noyaux. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1891. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : Traitement des suppurations pelviennes par la méthode de Péan. Traitement des adénopathies tuberculeuses.

M. RECLUS partage les idées de M. Segond relativement au traitement des suppurations pelviennes, et pour lui on doit faire l'hystérectomie vaginale quand les annexes sont malades des deux côtés. On peut grouper les lésions en trois catégories : 1° pelvi-péritonites avec exsudats très étendus; 2° ovaro-salpingites adhérentes; 3° ovaro-salpingites peu volumineuses et libres. Dans les pelvi-péritonites, la plupart des chirurgiens admettent que la laparotomie est souvent incapable de permettre l'enlèvement total des fausses membranes; de plus, elle peut être dangereuse en laissant dans le ventre des débris plus ou moins infectés. M. Reclus a fait trois fois la laparotomie dans les pelvi-péritonites, et il a eu deux morts après quatre et six mois, la terminaison fatale étant la conséquence de la suppuration prolongée; la troisième malade est encore vivante, mais a une fistule sus-pubienne qui est intarissable. Ces pelvi-péritonites forcent à décortiquer le petit bassin et l'on s'expose ainsi à produire des perforations des organes creux ou à provoquer des hémorrhagies très abondantes. Dans ces cas, il faut faire l'hystérectomie.

Dans les ovaro-salpingites volumineuses, doubles et solidement adhérentes, M. Reclus maintient que l'hystérectomie est préférable à la laparotomie. Quoi qu'on en ait dit, cette dernière ne permet pas toujours l'enlèvement complet des tissus malades; alors il faut drainer et on est exposé à infecter le péritoine. M. Reclus a fait, il y a douze jours, l'opération vaginale sur une jeune femme qui avait une suppuration double des annexes, surtout marquée à gauche; actuellement, la malade est guérie, et il a pu, après enlèvement de l'utérus, achever le nettoyage du bassin avec la main.

Lorsqu'il s'agit d'ovaro-salpingites peu volumineuses et peu adhérentes, la laparotomie donne certainement de bons résultats. Cependant, il faudrait encore faire l'hystérectomie si l'on pouvait être sûr que les deux ovaires sont atteints et détruits au point de vue physiologique. Comme ce diagnostic est excessivement difficile, il faudra presque toujours ouvrir le ventre.

M. SEGOND fait d'abord remarquer qu'il résulte de la discussion que l'hystérectomie vaginale totale est acceptée et que l'on discute seulement sur ses indications. On peut diviser en trois groupes les chirurgiens qui ont pris la parole. Dans le premier, se placent ceux qui acceptent l'opération de Péan dans la plupart des cas, sauf quand il y a des lésions peu étendues des annexes et que le diagnostic n'est pas absolument sûr, ce qui est aussi l'avis de M. Segond. Le second groupe comprendra ceux qui n'admettent jamais d'indication pour l'opération, comme M. Pozzi; mais ce dernier n'a jamais fait le morcellement de l'utérus et n'a pas suivi de malades; il est possible que, plus tard, il revienne sur son opinion. Enfin, un dernier groupe de chirurgiens accepte l'opération dans certains cas exceptionnels. . . . .

M. Segond va tâcher de répondre aux objections présentées par M. Terrier. Il a réuni les cas où les femmes, après une laparotomie, avaient eu une récidive; l'hystérectomie s'impose alors, tout le monde le reconnaît. Dans une deuxième catégorie sont placées les malades atteintes de suppuration utérine avec pelvi-péritonite, abcès et adhérences immobilisant l'organe; MM. Bouilly, Terrier ont admis que, là encore, l'hystérectomie était l'opération de choix. Le troisième groupe comprend les cas où il y a des parties purulentes péri-utérines que l'on peut énucléer par la laparotomie.

Presque tout le monde soutient la laparotomie. M. Segond préfère cependant l'hystérectomie. On a dit que la cicatrice abdominale n'exposait à aucun danger; cela est possible si elle est petite, mais, dans le cas contraire, il peut se produire des hernies à son

niveau. De plus, il faut encore tenir compte, chez les jeunes femmes, de la question d'esthétique. Le bandage ne met pas à l'abri de la hernie.

Le nombre des cas n'est pas encore assez considérable pour que l'on puisse poser un pronostic immédiat. La statistique de M. Segond comporte 23 opérations et 4 morts, mais, depuis qu'elle a été recueillie, un certain nombre de chirurgiens ont fait des hystérectomies, et il n'y a pas eu de morts. Dans les cas graves, la laparotomie est au moins aussi grave que l'hystérectomie, si ce n'est davantage. En effet, elle ne respecte pas les adhérences avec l'intestin que la seconde laisse intactes. Quoi qu'il en soit, on doit encore attendre avant de pouvoir comparer en toute connaissance de cause les deux opérations.

Il faut agir de même pour ce qui regarde le pronostic tardif qui doit cependant être meilleur après l'hystérectomie.

L'ablation de l'utérus par la voie vaginale est certainement une opération difficile. Elle doit être faite avec les plus grands soins et en suivant minutieusement les règles tracées. Ce n'est pas une opération aveugle, comme l'a dit M. Pozzi, si l'on fait le morcellement de l'utérus et si l'on ne coupe que ce que l'on voit. L'hystérectomie peut rester incomplète, mais il en est de même de la laparotomie qui est alors plus dangereuse.

Resté un quatrième groupe de faits qui comprend les lésions non suppurées des annexes, etc. Cependant, il faut faire remarquer que, dans ces cas, la laparotomie donne souvent de très mauvais résultats tardifs et peut-être ces résultats seront-ils moins mauvais après l'hystérectomie. Le temps l'apprendra.

On a dit que l'on s'exposait à enlever par l'ablation vaginale des organes pouvant être encore utiles physiologiquement. Mais M. Segond ne préconise l'opération de Péan que quand le diagnostic est certain. Dans les cas douteux, il est le premier à le dire, il faut faire la laparotomie.

— M. Nélaton fait un rapport sur un mémoire de M. Reboul (de Marseille) relatif au *traitement des adénopathies tuberculeuses par les injections de naphtol camphré.* L'auteur a obtenu 21 guérisons sur 25 cas. Lorsque le ganglion est induré, on fait tous les huit jours une injection de sept à huit gouttes de naphtol camphré au centre de la tumeur; s'il est ramolli, on évacue d'abord le contenu. M. Nélaton a vu des ganglions se résoudre, après l'application d'un tampon d'ouate imbibé de naphtol camphré sur une ulcération de la peau qui avait succédé à une injection d'éther iodoformé. Après vingt-quatre heures, le naphtol passe dans les urines.

— M. Bouilly montre une vésicule biliaire remplie de calculs qu'il a enlevée samedi dernier après un diagnostic précis.

FORMULAIRE

Pommade contre l'intertrigo.

Acide borique	0 gr. 50 centigr.
Lanoline	50 grammes.
Vaseline	10 —

F. s. a. une pommade qui n'est pas exposée à rancir. — On lave à l'eau de savon les régions qui sont le siège de l'intertrigo ; on les essuie, on les sèche avec soin, puis on les enduit de la pommade ci-dessus. — N. G.

COURRIER

Le ministre a décidé que le nombre des candidats à inscrire dans les séries d'examens de la Faculté de médecine de Paris serait fixé ainsi qu'il suit :

Premier examen de doctorat, 10 candidats.

Deuxième examen : première partie, épreuve pratique, de 12 à 16 candidats; épreuve orale, 10 candidats; — deuxième partie, 10 candidats.

Troisième examen : première partie, épreuve pratique, de 12 à 16 candidats; épreuve orale, 10 candidats; — deuxième partie, 10 candidats.

Quatrième examen, 10 candidats.

Cinquième examen : 1° clinique chirurgicale, 6 candidats; — 2° clinique obstétricale (examen nouveau), 6 candidats; — 3° clinique médicale, 6 candidats.

Ce nouveau système de mises en séries sera appliqué immédiatement après Pâques.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions*. — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1890-91, ouvert le mercredi 8 avril, sera clos le jeudi 30 avril, à trois heures.

Hôpitaux de Paris. — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les cours de médecine opératoire, pour la saison d'été, commenceront le lundi 6 avril 1891, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Bourcy, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 1er avril.

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 6 avril 1891, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Les élèves de deuxième et de troisième année (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de deuxième année, du 6 avril au 18 mai; les élèves de troisième année, du 22 mai au 5 juillet. — Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Académie des sciences. — *Prix de 1891*. — La commission pour le prix Barbier (Concours 1891) est composée de MM. Bouchard, Chatin, Verneuil, Charcot, Larrey. Les autres membres proposés, qui ont obtenu le plus de voix, sont MM. Duchartre et Van Tieghem.

Le platrage des vins. — Ces jours-ci, on a discuté à la Chambre des députés la loi sur les vins. M. Broussel, rapporteur, a défendu la loi Griffe en rappelant que l'Académie de médecine et le Conseil d'hygiène affirmaient qu'une dose de plus de 2 grammes de sulfate de potasse par litre est dangereuse pour la santé.

Hôpital pour les étudiants. — Il vient de s'ouvrir à Vienne un hôpital exclusivement réservé aux étudiants. L'établissement a été fondé par l'Association des étudiants et possède 38 lits, dont 8 de chirurgie et 9 installés dans un pavillon d'isolement pour les maladies infectieuses. Le médecin chargé du service est le docteur Redsenbacher.

Legs Le Mettais. — Le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 1er janvier 1888, le legs fait à ladite Ecole, par le sieur Pol-Edouard Le Mettais, de la nue propriété d'une somme de deux cent mille francs (200,000 fr.), dont le revenu, à dater du décès de l'usufruitière, sera employé à une fondation destinée au perfectionnement des études des jeunes gens que l'Ecole jugera les plus dignes de cette faveur. Cette fondation portera le nom du testateur. (*Décret du 7 mars*.)

Prix de médecine navale pour 1890. — Conformément aux articles 50 et 51 de l'arrêté ministériel du 24 juin 1886, le Conseil supérieur de santé, chargé de l'examen des rapports adressés ou réservés pour le prix de médecine navale (année 1890), s'est réuni en séance spéciale le 25 février 1891. Parmi les travaux qu'il a examinés, les suivants ont été

reconnus susceptibles de concourir pour le prix : Rapport de fin de campagne pour la division de l'extrême Orient et les forces navales stationnées en Indo-Chine, par M. le médecin principal Ségard; — Rapport de fin de campagne pour la division navale de Terre-Neuve, par M. le médecin de 1re classe Jan; — Rapport médical sur la campagne dans l'Océan Pacifique, du croiseur le *Champlain*, par M. le médecin de 1re classe Bellot; — Rapport médical sur les pontons-hôpitaux l'*Alceste* et la *Minerve*, au Gabon, par M. le médecin de 1re classe David; — Rapport de fin de campagne du croiseur *le Sané* (division de l'Atlantique), par M. le médecin de 1re classe Bahier; — Rapport de fin d'année de M. le médecin de 1re classe Chevalier, médecin-major du *Forbin* (escadre de la Méditerranée occidentale et du Levant). — Après en avoir délibéré, le Conseil, regrettant qu'il n'y ait qu'un prix unique, est d'avis : 1° De décerner le prix de médecine navale pour 1890 à M. H.-C. Chevalier, médecin de 1re classe de la marine. 2° D'accorder à M. le médecin principal Ségard (C.-M.-J.-T.), une mention spécialement honorable. 3° De proposer au ministre, pour un témoignage de satisfaction, MM. les médecins de 1re classe Jan (J.-A.-M.), Bellot (G.) et David (L.-F.-G.). (*Archives de médecine navale*).

Prix Parkin. — Aux termes d'un legs fait par M. le docteur John Parkin au Collège Royal des médecins d'Edimbourg, ledit collège offre aux compétiteurs de toutes les nations un prix de 2,500 à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : Des effets curatifs du gaz acide carbonique et autres formes du charbon dans le choléra, les différentes formes de fièvre et autres maladies. Les manuscrits qui seront envoyés au concours devront être rédigés en langue anglaise et adressés à M. G.-A. Gibson, secrétaire du Collège, avant le 31 décembre 1892. Chaque travail devra porter une devise et être accompagné d'une enveloppe fermée qui contiendra cette devise et le nom de l'auteur. Le mémoire couronné devra être publié *in extenso* par l'auteur et à ses frais dans le délai de trois mois après l'adjudication du prix. On devra en envoyer un exemplaire au Collège.

— Le concours pour l'internat de Berck et de Brévannes s'est terminé par la nomination de M. Page et de Mlle Kohan, pour Berck, et de MM. Gamard et Isoovesco pour Brévannes.

Sanatorium. — Un nouveau sanatorium vient d'être créé sur les côtes de la Manche à Ver-sur-Mer (Calvados) par les docteurs Testelin et Biron. — On ne saurait trop encourager un pareil exemple et souhaiter qu'il soit suivi, le traitement marin étant encore un de nos meilleurs traitements à opposer aux premières manifestations de la scrofule ou de la tuberculose.

Une fête médicale a Strasbourg. — M. le docteur Eugène Bœckel, un des vétérans du corps médical de Strasbourg, a célébré samedi dernier le 80e anniversaire de sa naissance et a reçu à cette occasion les félicitations d'un grand nombre de ses concitoyens.

— Le docteur H. Picard reprendra son cours sur les maladies des voies urinaires, le vendredi 10 avril, à cinq heures, à sa clinique, 16, rue Dauphine et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis, interne à la Charité.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Congrès français de chirurgie : Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non-néoplasiques de ces organes.

Posée dans ces termes, la question devait se borner, ce me semble, à l'exposé des résultats éloignés de l'ablation des annexes comme traitement des salpingites et des ovarites, et de troubles nerveux divers, hystériformes. Néanmoins, quelques orateurs ont fait une légère excursion hors de ce programme et donné les résultats de la castration pour fibromes utérins. Il est vrai qu'on pouvait se demander si le mot « organes » comprenait l'utérus et les annexes, ou seulement les annexes, mais il me semble bien qu'un fibrome est un néoplasme. S'il y avait doute dans le premier cas, il n'aurait pu y avoir doute dans le second.

Deux savants gynécologistes anglais, qui ont une grande expérience de ces questions, Sir Spencer Wells et M. Lawson Tait, ont ouvert la série des communications faites sur la question posée. De discussion, il n'y en eut point; chacun des orateurs s'est contenté de venir apporter à la tribune les résultats de sa pratique dans l'ablation des annexes utérines. Il faudrait pouvoir refaire un travail d'ensemble avec toutes ces communications, comparer les résultats, les fondre, et en tirer des conclusions générales. C'est un travail que nous ne pouvons faire ici. Nous nous contenterons donc de faire ressortir les points principaux de ces communications.

Celle de M. Lawson Tait a été très humouristique. L'éminent chirurgien a raconté la lutte qu'il a eu à soutenir en Angleterre contre quelques accoucheurs de profession qui, craignant de perdre leur clientèle, ont fait une opposition acharnée à la castration. Ce sont les seuls adversaires actuels de cette opération contre les fibromes utérins. Un autre fait, qui a contribué à jeter une certaine défaveur sur l'opération, c'est qu'elle a été pratiquée parfois à tort et à travers, au début; de sorte que les résultats, très variables d'un chirurgien à l'autre dans la période de tâtonnement, n'étaient guère faits pour éclairer la question et encourager les chirurgiens. On a fait aussi un épouvantail, parmi les malades qui auraient pu subir la castration, non de l'infécondité consécutive, dont elles ne paraissaient pas beaucoup se soucier, mais, ce qui semblait avoir plus d'importance à leurs yeux, de la perte des appétits sexuels. Ici, M. Lawson Tait est entré dans de longs développements sur les expériences faites sur les animaux dans le but de démontrer les effets de la castration sur le rut. Mais, il fait remarquer qu'il n'y a rien d'analogue entre les appétits vénériens chez la femme et le rut

chez les femelles d'animaux, et qu'on ne peut conclure des uns à l'autre. Nous n'insistons pas sur cette partie de sa communication, qui sera très amusante à lire *in extenso*.

Les cas dans lesquels il a fait l'ablation des annexes peuvent se réunir en trois catégories : 1° opérations pour myomes avec hémorrhagies et douleurs; 2° pour affections inflammatoires chroniques; 3° pour différents syndromes nerveux.

Dans la première catégorie, sur laquelle il a surtout insisté, se trouvent 271 cas, qui ont donné 6 morts, 8 résultats peu satisfaisants, l'hystérectomie ayant dû être pratiquée ensuite, et 257 guérisons complètes, c'est-à-dire cessation des phénomènes morbides et disparition plus ou moins totale de la tumeur. L'âge a une influence très grande sur les suites. Avant 40 ans, 70 p. 100 des tumeurs disparaissent entièrement; de 40 à 50 ans, elles ne diminuent que de 1/3 à 1/6 de volume. Contrairement à une opinion assez répandue, la ménopause n'amène pas toujours la rétrocession des tumeurs.

Une suite opératoire, qu'on n'observe guère en France après les ablations d'annexes, c'est la folie; mais, d'après M. Lawson Tait, elle ne serait pas plus fréquente après les opérations qu'après toutes celles de la chirurgie. Par contre, la castration a guéri beaucoup de cas d'excentricité qui coexistaient avec des affections utéro-ovariennes. Il refuse généralement d'intervenir dans les affections nerveuses sans lésions appréciables, mais il a été forcé de se départir de cette règle chez la nièce d'un éminent chirurgien des Etats-Unis, devenue folle à ce point qu'on la surprit un jour en train d'assassiner un de ses enfants. N'ayant trouvé aucun indice de lésion utéro-ovarienne qui l'autorisât à intervenir, M. Lawson Tait refusa d'opérer, bien que tous les moyens possibles eussent été employés sans résultats; et les attaches médicales de la patiente autorisent à croire que rien n'a été négligé. Néanmoins, sollicité de nouveau très vivement par la famille, après la tentative d'assassinat relatée plus haut, il enleva les deux ovaires, et la guérison fut rapide et complète. Depuis six années, elle ne s'est pas démentie.

Il signale aussi la difficulté qui accompagne certaines de ces opérations, et qui varie avec les diverses lésions; mais bien qu'il sache que plusieurs chirurgiens ont dû laisser inachevées des ablations de myomes, d'annexes enflammées, il n'a jamais eu ce désagrément opératoire. Les suites éloignées n'ont pas toujours été parfaites, à la vérité, car il a eu à enregistrer un certain nombre de cas de fistules urinaires ou intestinales, qui ont fini par guérir.

Les ablations pour affections nerveuses ont été généralement peu approuvées; néanmoins tous les auteurs ont signalé la disparition presque régulière des phénomènes douloureux après les ablations d'annexes pour lésions inflammatoires chroniques, entre autres MM. Jacobs (de Bruxelles), Bouilly, Richelot, Bazy. Ces trois derniers, obligés en quelque sorte d'intervenir dans des cas d'hystéro-épilepsie (chacun un cas) dans lesquels les malades avaient une existence absolument impossible à continuer, ont guéri leurs opérées. Ils ne les donnent nullement comme des exemples à suivre dans tous les cas, mais comme des exemples de ce que peut donner l'opération, capables d'encourager le chirurgien qui serait moralement obligé d'intervenir, en quelque sorte malgré sa volonté, et suivant l'avis d'un médecin plus autorisé que lui à trancher la question d'opportunité opératoire.

Comme suite éloignée intéressante de l'ablation des trompes, M. Le Dentu a signalé la formation d'un épanchement de liquide séro-purulent, ayant probablement pour siège un fragment de trompe laissé par la ligature au voisinage de la corne utérine, et donnant lieu à de vives douleurs. Sur 34 cas d'ablations des annexes pour affections inflammatoires des ovaires et des trompes, qui lui ont donné 33 guérisons opératoires avec une seule mort de septicémie, quelques résultats médiocres, M. Le Dentu a observé trois fois cette complication tardive. La dilatation large et méthodique de l'utérus a provoqué l'issue du liquide renfermé dans le vestige de trompe, et la guérison s'en est suivie. Ces cas indiquent donc la nécessité de ne laisser rien de la trompe lorsqu'on l'enlève et de faire, par conséquent, la ligature au ras de la corne utérine.

M. Terrillon a observé quelques cas analogues à ceux de M. Le Dentu, mais il en donne une autre interprétation. Il ne pense pas que ces collections, qui, dans ses cas, étaient assez volumineuses pour contenir 300 à 400 grammes de liquide, siègent dans un fragment de trompe, mais au centre de fausses membranes créées après l'opération; c'est un point à revoir; il a enlevé ce liquide par la ponction, avec l'aspirateur Potain, deux fois à travers la paroi abdominale et une fois par le vagin, et les malades ont bien guéri. Sur 90 ablations d'annexes dont il connaît les résultats éloignés, M. Terrillon a eu 4 morts, 74 guérisons complètes et 12 résultats incomplets, les accidents ayant persisté quoique avec moins d'intensité qu'avant l'opération. Trois opérées d'un seul côté, et bien guéries, sont devenues enceintes depuis.

Les succès les plus brillants, et c'est un point sur lequel ont surtout insisté MM. Bouilly et Richelot, sont donnés par les ablations de pyosalpinx et d'ovarites suppurées. Si l'on compare l'état précaire des malades avant l'opération et celui dans lequel elles se trouvent après la guérison, avec cessation des douleurs, transformation d'une vie d'invalide en une vie normale, cette appréciation n'a rien d'exagéré.

Un autre point étudié par M. Bouilly a été la cause des insuccès thérapeutiques après l'ablation des annexes. Sur 70 cas suivis, il eut neuf fois des accidents tardifs, mais deux malades seulement conservèrent des douleurs tenaces, survenant quinze jours avant l'apparition des règles; dans 2 cas, il y eut des poussées péritonéales récidivantes, peut-être de même nature que les accidents signalés par MM. Le Dentu et Terrillon, et qui constituent des indications de ne laisser dans le ventre aucun débris d'annexes. Enfin, des écoulements purulents ou hémorrhagiques par l'utérus, dus à un mauvais état de la muqueuse; le curettage en fit généralement justice, mais, dans 1 cas, celui-ci n'ayant pu arrêter les hémorrhagies, le chirurgien se trouva absolument désarmé, puisque les ovaires étaient enlevés. La ménopause a fini par amener l'hémostase.

M. Richelot a pratiqué 240 fois la laparotomie et peut donner les résultats définitifs de 140 à 150 cas. Outre les faits que nous avons signalés déjà, il insiste sur les suivants. Dans la salpingite chronique, on n'en est plus à douter des services que l'on peut rendre aux malades, mais il faut bien savoir que les lésions de petit volume peuvent donner d'aussi bons résultats que celles qui sont volumineuses, à la condition de tout enlever, condition difficile à réaliser avec les petites lésions. Outre le cas d'hystéro-épilepsie que nous avons signalé, M. Richelot a pratiqué la castration chez

trois malades affectées de névralgies pures, intolérables, avec succès complet.

M. Jacobs (de Bruxelles) avait donné, comme indication de l'hystéropexie après l'ablation des annexes, la présence d'une rétroversion utérine. M. Richelot ne partage pas cette manière de voir, combattue aussi par M. Jeannel (de Toulouse). Partisans de l'hystéropexie pour prolapsus utérin, ils se contentent de réunir les éléments du pédicule en un faisceau, après l'ablation des annexes, pour en corriger la rétroversion.

Quelques particularités intéressantes ont encore été signalées par M. Jeannel : l'existence de vers intestinaux qui a donné lieu à des troubles digestifs persistants aprè l'ablation des annexes; la présence d'un rein mobile, cause d'accidents semblables. Il a noté aussi la persistancè d'hémorrhagies non seulement utérines, mais d'hémoptysies qui ont duré sept à huit mois dans un cas. Comme la plupart des précédents orateurs, il a obtenu des résultats thérapeutiques, fonctionnels et orthopédiques, généralement bons. Ce sont aussi les conclusions de M. Routier, de M. Duret, de M. Reynier, basées sur 52 cas, et de M. Doyen (de Reims), sur 55 cas, qui lui ont donné comme résultats connus : 2 morts, 3 insuccès, 7 médiocres et 20 guérisons complètes.

Un des accidents tardifs de la laparotomie pour ablation des annexes, c'est l'éventration. M. Pozzi recommande, pour l'éviter, de faire des incisions petites, de 6 à 8 centimètres, et d'employer la suture à étages, qui lui a donné d'excellents résultats, ainsi qu'à ceux de ses collègues qui l'ont employée déjà.

M. Segond a ravivé la discussion, soulevée et encore pendante à la Société de chirurgie, sur le parallèle entre les opérations abdominales et l'hystérectomie vaginale dans le traitement des affections suppurées du petit bassin. Il a apporté à l'appui de sa thèse une statistique comprenant 18 cas de laparotomie et 17 cas d'hystérectomie, pour des affections à peu près analogues. Les 18 cas de laparotomie ont donné :

1 insuccès, 5 guérisons, 7 améliorations, 5 accidents;

1 insuccès, 16 succès ont été fournis par les 17 hystérectomies.

Comme particularités sur les 5 accidents consécutifs à la laparotomie, on compte 3 hernies par la cicatrice, et comme insuccès de l'hystérectomie, 1 cas dans lequel la laparotomie avait été suivie antérieurement du même résultat.

La discussion sur ce sujet n'a été reprise qu'incidemment, dans la séance précédente, par MM. Reclus et Pozzi, à propos d'une communication de M. Reclus sur le traitement de la pelvi-péritonite. Ils n'ont fait que reproduire les arguments formulés déjà à la Société de chirurgie.

En résumé, les résultats donnés par l'ablation des annexes utérines dans les affections inflammatoires de ces organes sont de nature, d'après les statistiques fournies, à justifier la faveur conquise par cette opération; les indications sont plus précises d'année en année, et les insuccès des premiers jours diminuent par suite de l'expérience acquise par nos jeunes chirurgiens, à la fois hardis et prudents. — L.-H. Petit.

Troubles trophiques liés à l'asphyxie par la vapeur de charbon,

Par M. le docteur Rendu.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un fait qui sort un peu de la clinique habituelle, mais qui est fort intéressant en ce sens qu'il prête à diverses considérations de pathologie générale.

Il s'agit d'un vieillard de 67 ans, couché au n° 16 de la salle Chauffard, qui s'asphyxia par le charbon le 8 mars, à neuf heures du matin. La chambre fut ouverte à midi, trois heures après le début de l'intoxication, et le malade fut trouvé dans un état comateux très accentué; les membres étaient dans la résolution, le teint vultueux, le pouls petit et lent, la respiration stertoreuse et il y avait de l'incontinence d'urine.

Transporté à l'hôpital, notre malade reçut des injections d'éther, on lui fit inhaler de l'oxygène, on pratiqua la respiration artificielle, et tous ces efforts furent enfin couronnés de succès. La vie reparut, mais le vieillard resta dans un état soporeux, ne pouvant parler que lentement et d'une façon embarrassée; sa nuit fut agitée et il se plaignit de douleurs dans les membres inférieurs.

Le lendemain, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant : La teinte congestive de la face était bien marquée et vous savez, du reste, que cette coloration rouge persiste assez longtemps après l'intoxication par l'oxyde de carbone; on peut même la trouver encore après la mort, ce qui lui donne une grande importance médico-légale. Il n'y avait pas de mal de tête et, bien que l'intelligence et la parole fussent nettes, il persistait un peu d'assoupissement. On examina soigneusement le système nerveux, si souvent frappé dans l'asphyxie par le charbon; il n'y avait ni paralysies, ni anesthésies, et c'est à peine si l'on pouvait noter un peu d'obtusion de la sensibilité des membres inférieurs. Les urines, rares, rouges, contenaient des traces d'albumine, mais pas de sucre. La langue était blanche, non sèche, la soif vive. La respiration était suspirieuse et il y avait quelques râles muqueux aux deux bases.

Le seul trouble fonctionnel dont se plaignait le malade était une douleur plantaire expliquée par la présence de deux grosses ampoules phlycténoïdes, une à gauche, deux à droite un peu plus petites, et dont l'une répondait à la tête du cinquième métatarsien, l'autre étant étalée sur la face inférieure de la voûte. L'apparence était absolument celle d'une bulle de vésicatoire ou d'une brûlure, et l'épiderme, un peu épais, avait une couleur opaline. La lésion s'était développée très rapidement.

L'étendue des bulles était à peu près celle d'une pièce de cinq francs et elles faisaient une saillie de 5 millimètres. Au-dessous de la couche épidermique, on percevait une sensation de fausse fluctuation. L'absence de rougeur et d'auréole inflammatoire permettait, du reste, de rejeter l'hypothèse d'une brûlure. Au niveau de la vésicule, l'épiderme était sensible à la piqûre d'une aiguille; il n'y avait ni anesthésie, ni hyperesthésie, mais le malade se plaignait de douleurs spontanées se produisant aussi par la pression. Un coup de ciseaux donné dans une phlyctène nous permit de constater la présence d'un exsudat gélatiniforme ressemblant à de la gelée de groseille et déposé dans le feutrage cellulaire abondant qui se trouve dans cette région. L'exsudat ne s'écoulait pas et avait absolument la con-

sistance d'une gelée. Il n'y avait ni inflammation profonde ni œdème. Les lésions furent recouvertes de poudre d'iodoforme et d'un pansement antiseptique. Aujourd'hui, le malade est presque guéri; cependant, il reste de l'épiderme mortifié et la réparation profonde n'est pas complète. La guérison est donc lente, puisqu'elle n'est pas obtenue encore après dix jours.

L'ensemble des caractères des vésicules et leur évolution nous permettent de dire qu'il s'agit là d'un trouble trophique en rapport avec l'asphyxie par la vapeur de charbon. La rapidité de la production des accidents est remarquable, puisque, vingt heures après l'asphyxie, on constatait une grosse phlyctène qui existait probablement déjà depuis plusieurs heures. D'autre part, la lenteur de la réparation est également à noter et, actuellement, le malade ne peut encore marcher, à cause des douleurs qu'il ressent quand il appuie le pied par terre.

Analysons les phénomènes pour en pénétrer le mécanisme. En face d'une lésion de ce genre, on peut se demander si on ne se trouve pas en présence d'un trouble de la circulation locale du pied relevant d'une affection du cœur. Mais l'examen de ce viscère ne donne que des résultats négatifs, et il est absolument normal. D'autre part, il ne s'agit pas non plus d'une altération des artérioles périphériques, car le malade, bien qu'âgé de 67 ans, n'est pas franchement athéromateux; ses artères sont, il est vrai, un peu indurées, mais il n'y a rien de net aux membres inférieurs et les pédieuses et tibiales postérieures semblent intactes. La circulation générale du pied est bonne et il n'y a pas de varices. Même si nous ne constations pas cette intégrité, nous devrions chercher une autre pathogénie, car les troubles trophiques qui apparaissent dans les lésions des vaisseaux sont très différents. Il se produit alors de la cyanose, de l'œdème, du refroidissement du membre; il y a une tendance aux ecchymoses et aux suffusions sanguines superficielles, des douleurs profondes et accentuées. Je soigne en ce moment une vieille dame chez laquelle mon diagnostic a d'abord été hésitant, et qui a eu des suffusions sanguines abondantes au niveau du mollet et du dos du pied en même temps qu'un fort gonflement œdémateux; il est certain que, chez elle, il y a une lésion grave, une artérite ou une oblitération des veines profondes du mollet.

On est conduit presque forcément à penser que, chez notre malade, il s'agit d'un accident relevant du système nerveux. S'agit-il d'une névrite? Cela est probable, mais non pas absolument certain. Vous savez que les troubles trophiques sont très fréquents dans les névrites et vous connaissez tous ce qui se passe dans le zona caractérisé dans les cas complets par des plaques d'herpès et des douleurs vives. Le pemphigus peut aussi dépendre de la névrite, et Weir Mitchell a rapporté des cas où des lésions des nerfs avaient été suivies du développement de bulles et d'ulcérations lentes à guérir. Les névrites prolongées entraînent des lésions chroniques de la peau, qui devient lisse et luisante en même temps que les ongles se strient, etc. Enfin, le mal perforant est encore un trouble trophique relevant d'une névrite.

Mais, il faut insister sur ce point, les troubles trophiques qui relèvent des névrites s'accompagnent de symptômes concomitants indiscutables du côté de la sensibilité et de la motilité. Tantôt il y a de l'anesthésie, tantôt de l'hyperesthésie au niveau des régions qui sont le siège des éruptions Dans le zona, l'hyperesthésie est très considérable au moment de l'éruption ou précède cette dernière; souvent les bulles guérissent avant la

névralgie et, au niveau des plaques, on trouve ensuite de l'anesthésie que l'on a constatée quinze, vingt, trente ans après la maladie. Chez notre malade, il n'y a rien de semblable et les troubles sensitifs se sont bornés à des douleurs au niveau de la phlyctène, à une sensation de brûlure analogue à celle que cause un vésicatoire.

Les névrites s'accompagnent encore de troubles de la motilité, qui revêtent deux types, selon que cette motilité est exagérée ou diminuée. On note des spasmes, des contractions fibrillaires, plus souvent des parésies et des impotences qui frappent les muscles dépendant du nerf touché. D'autre part, la réaction de dégénérescence survient très vite dans ces paralysies.

Dans notre cas, tous ces phénomènes manquent et l'impotence fonctionnelle du mollet est nulle.

Reste une dernière hypothèse, celle qui attribuerait les troubles trophiques à une lésion du cerveau ou de la moelle; l'on ne peut la rejeter d'emblée, les organes centraux pouvant, comme les nerfs, être atteints par l'oxyde de carbone. Vulpian avait regardé le développement des lésions symétriques de la peau comme indiquant une lésion de la moelle ou du cerveau. On a reconnu depuis que son idée n'était pas absolument juste, et il est facile de comprendre que des lésions identiques puissent frapper en même temps des régions qui ont une identité de conformation. Mais la possibilité de troubles trophiques consécutifs à des lésions cérébro-spinales est un fait démontré. Il y a déjà longtemps que l'on a décrit le développement d'un zona sur les membres hémiplégiques, ce zona pouvant apparaître d'une façon précoce. Payne l'a observé chez une enfant trois jours après l'apparition de la paralysie et Duncan l'a vu disparaître avec l'hémiplégie; Charcot, Mougeot ont observé des faits analogues. Joffroy, dans certains faits de ramollissement cérébral avec eschare fessière rapide, a voulu localiser les centres trophiques dans les lobes postérieurs du cerveau; mais cette localisation est encore mal démontrée. De toutes ces considérations, on peut conclure que, si le trouble trophique est bien ici nerveux et d'origine toxique, il est difficile à expliquer et à rapprocher d'une lésion définie. Ce fait prouve, de plus, la dissociation possible des phénomènes de trophisme pur et des signes ordinaires des névrites. Les nerfs peuvent donc être influencés dans leurs propriétés trophiques et rester intacts dans leurs propriétés motrices ou sensitives. Il se passe là un fait analogue à l'herpès que l'on observe dans les pneumonies et les autres infections; tout le système nerveux est atteint, et cependant les troubles moteurs ou sensitifs sont rares. Ceci veut-il dire qu'il y a des fibres nerveuses exclusivement trophiques, comme le pensait Samuel? Le fait est possible, mais non démontré.

Les phénomènes que présente notre malade sont-ils exceptionnels dans l'histoire de l'asphyxie par la vapeur de charbon? Oui, par certains côtés; non, par d'autres. Il y a longtemps que l'on connaît la fréquence des troubles nerveux qui succèdent à l'intoxication oxy-carbonée. Le premier mémoire sur ce sujet a été publié par Bourdon en 1843; il faut ensuite citer celui de Leudet (de Rouen), puis ceux de Laroche, de Brissaud et de Boulloche. Ces accidents succèdent toujours à une asphyxie aiguë, plus ou moins prolongée. Après la phase comateuse survient une parésie généralisée passagère; celle-ci disparaît au bout de quelques heures et il se produit une paralysie motrice ou sensitive.

Ces paralysies revêtent plusieurs types dont le plus fréquent est le type

hémiplégique. Cette hémiplégie relève de lésions des hémisphères cérébraux, de congestion plus marquée d'un côté, ou même de ramollissement, comme Bourdon en a signalé des cas. D'autres fois on a trouvé de petites apoplexies capillaires. Klebs a fait voir que beaucoup de malades avaient des dégénérescences des artérioles capillaires cérébrales, et Lancereaux a montré qu'il se faisait aussi des thromboses avec infarctus des globules altérés par l'oxyde de carbone. L'hémiplégie a l'apparence de l'hémiplégie classique et il y en même temps une obtusion de la sensibilité du côté paralysé sans anesthésie absolue. Le face n'est pas toujours intéressée, et, ordinairement, la langue et les lèvres restent indemnes.

Les paralysies motrices circonscrites dépendent des névrites. Tantôt il s'agit de monoplégie, tantôt de paralysies assez étendues rappelant le type hémiplégique, mais dans lesquelles les extenseurs sont toujours plus atteints que les fléchisseurs. Il y a anesthésie et perte de la contractilité faradique. En 1882, j'ai observé une malade qui, après une intoxication par l'oxyde de carbone, ressemblait à une hémiplégique ordinaire, tandis que, en réalité, il n'y avait pas de paralysie de la racine des membres et qu'elle n'occupait que les extenseurs du pied et de l'avant-bras. La réaction de dégénérescence se produit rapidement, ainsi que l'a montré Boulloche. La paraplégie ne s'observe presque jamais.

Les cas où il y a des troubles trophiques sont ceux qui nous intéressent spécialement. Le plus ordinairement, ces troubles accompagnent les paralysies localisées et dépendent directement de la névrite. Il est fréquent de constater un empâtement œdémateux des membres paralysés qui a été décrit par Remak, Litten, Leudet. Dans les véritables hémiplégies causées par les lésions centrales, les paralysies vaso-motrices sont fréquentes et suivies d'œdème. Mais l'œdème qu'entraîne l'asphyxie oxy-carbonée est dur, comme phlegmoneux, et s'accompagne d'une teinte rougeâtre; il est assez douloureux à la pression, apparaît rapidement, et peut durer un mois ou deux. Il s'agit d'une exsudation séro-sanguinolente probablement analogue à celle que nous constatons dans les phlyctènes de notre malade, masse gélatineuse, demi-fibrineuse et demi-sanguine. Souvent la peau se soulève et la transition s'établit ainsi avec les faits de pemphigus, de zona et d'herpès. Hurchzeimer, cité par Boulloche, a vu du zona et du pemphigus apparaître le long des membres paralysés.

Dans les formes subaiguës à marche lente, les lésions cutanées rappellent celles de la sclérodermie et du glossy-skin; les ongles se strient et il y a des troubles vaso-moteurs caractérisés par des refroidissements et des sueurs. Enfin, il se produit parfois de véritables phlegmons profonds le long du nerf enflammé. Leudet a publié un fait de ce genre et j'en ai aussi observé un dans le service de Guyot en 1870. Dans ce dernier cas, il s'était développé une suppuration diffuse autour du nerf sciatique, manifestement enflammé.

En résumé, on peut observer, comme troubles trophiques, toutes les altérations possibles, depuis la simple rougeur jusqu'au phlegmon et à la gangrène, et c'est là une analogie avec ce que nous voyons chez notre malade. La différence est l'absence de toute parésie locale, de tout trouble sensitif, tandis que, habituellement, la névrite entraîne des anesthésies et des paralysies. Malgré tout, on peut admettre, par analogie, que les bulles pemphigoïdes relèvent de la névrite.

Nous pouvons, chez notre malade, porter un pronostic favorable : il est

très probable qu'il n'y aura pas chez lui de névrite ascendante, car on a remarqué cliniquement que cette névrite était beaucoup moins à redouter lorsque les troubles trophiques étaient primitifs et précédaient la paralysie.

BIBLIOTHÈQUE

INTRODUCTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET A LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS, par le professeur FARABEUF et le docteur VARNIER.

Imprimé par les soins de l'éditeur Steinheil, ce livre est le résultat de la coopération du professeur d'anatomie de la Faculté et d'un assistant de la clinique Baudelocque, collaborateur du professeur Pinard, habitué à voir opérer et à opérer lui-même au lit des parturientes.

Il se divise en six parties : *Anatomie — Présentations et positions — Mécanisme — Extraction du siège — Version — Forceps.*

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX D'OBSTÉTRIQUE y sont *vérifiés, rectifiés* ou *établis.* Donc, ce n'est pas une simple compilation. C'est un livre très personnel, nouveau par la méthode rigoureuse des démonstrations, plus nouveau encore par certains faits inédits ou peu connus.

Il appartenait à M. Farabeuf, qui consacre et use sa vie à l'enseignement, et, le premier, a mis en pratique l'idée des manœuvres obstétricales auxquelles s'exercent les étudiants, de présider à l'exécution d'une telle œuvre. Il a mieux fait que d'y présider; mettant lui-même la main à la pâte, il l'a pétrie et façonnée à sa guise, puis mise en forme, en y imprimant le double sceau de son crayon et de sa plume. J'écris cela sans avoir la pensée de diminuer en rien la part très efficace, voire indispensable, de son collaborateur M. Varnier, dont les lecteurs de l'*Union* connaissent le mérite. Sa personnalité seule s'est effacée. L'autorité magistrale avait droit à cette déférence.

L'ouvrage est presque exclusivement didactique. Tel est l'enseignement qu'on doit y chercher. Il ne dément pas son titre : INTRODUCTION A LA PRATIQUE... Sans une instruction théorique solide, on ne devient pas bon praticien, quoique la pratique diffère beaucoup de la théorie. Sans expériences sur le mannequin ou le cadavre, on ne devient pas opérateur de premier ordre, quoique le mannequin ou le cadavre ne ressemblent pas plus à l'être vivant qu'une cornue ne ressemble à l'estomac. Les auteurs font donc, et avec raison, intervenir la clinique seulement pour rappeler aux lecteurs que les règles didactiques ne sont pas absolues, et que les opérations sur la femme vivante ne ressemblent pas toujours aux opérations sur le fantôme ou sur le cadavre, mannequin naturel dont MM. Farabeuf et Varnier ont fait usage pour leurs expériences.

Le professeur Farabeuf a exécuté pour ce volume « des dessins démonstratifs donnant, avec les répétitions nécessaires, 362 figures ». Ces dessins sont tels que, à la rigueur, ils suffiraient. Le texte est plus analytique que synthétique, très substantiel, parfois même ardu. Chaque mot a été pesé par un besoin de conscience scientifique, et compté — j'allais dire mesuré — par une nécessité typographique, celle de ne pas trop éloigner l'image de son texte explicatif. Il est utile que l'accoucheur, opérateur chez lequel le toucher supplée la vue, ait dans l'esprit ces images théoriques, qu'elles y soient définitivement empreintes et facilement évocables. Elles sont aussi indispensables que la prise de possession du mannequin ou du cadavre avant celle de la femme vivante. La clinique rectificatrice intervient ensuite avec ses analogies, ses différences, ses complications, ses simplifications.

Il y a, dans le volume de MM. Farabeuf et Varnier, trois choses qui leur appartiennent plus particulièrement. Je veux parler : 1° de l'anatomie et de la physiologie du canal vagino-périnéo-vulvaire; 2° de l'évolution du fœtus dans la version par manœuvres internes; 3° du rôle du levier dans l'application des fers au détroit supérieur rétréci. Sans doute, le *bassin mou*, le cheminement de la tête *hors des os*, le rôle prépondérant du *releveur de l'anus* dans la fonction périnéale, la *rétropulsion du coccyx* étaient des phénomènes connus et enseignés; on savait également distinguer depuis longues années le

bon pied du *mauvais pied*, et le *levier* ne date pas d'hier; mais tout cela était sommairement étudié, traité comme quantité négligeable ou tombé dans l'oubli. Celui qui a vu et fait voir le streptocoque de l'infection puerpérale dans le caillot des veines peut prétendre à la part du lion dans la découverte de la nature infectieuse des phlébites, quoique les cliniciens aient affirmé avant lui cette nature infectieuse. La déduction a conduit l'un où l'induction avait mené les autres. De même, MM. Farabeuf et Varnier ont vu, ont fait voir, ont analysé dans le détail, ont décrit par le menu, ont représenté schématiquement, par des dessins et des appareils appropriés, des faits anatomo-physiologiques ou mécaniques qui, en partie connus avant eux, avaient été décrits dans les livres ou enseignés — *grosso modo* — et n'étaient point élucidés.

J'ai présenté naguère aux lecteurs de l'*Union* la thèse de M. Varnier, le jeu du coccyx et de ses puissantes brides musculaires dans l'expulsion du fœtus se présentant par le sommet, l'anatomie et la physiologie du canal vagino-périnéo-vulvaire telles que les a exposées le professeur Farabeuf dans son cours de la Faculté. Je ne reviendrai pas sur ce travail dont j'ai montré la nouveauté et l'intérêt clinique. Le nouveau livre complète cette thèse par la description du mécanisme de l'expulsion dans les diverses présentations. Je n'essayerai pas non plus de résumer ce qui, dans cet ouvrage, concerne l'évolution au cours de la version, la critique du forceps appliqué d'arrière en avant au détroit supérieur et la nécessité du levier pour corriger l'asynclitisme de la tête fœtale. Mon compte rendu analytique ne vaudrait jamais le compte rendu *in extenso*, l'*officiel*, c'est-à-dire les auteurs. C'est à eux que je renvoie le lecteur. Il ne perdra ni son temps, ni son argent, s'il a du goût pour l'obstétrique, une préparation suffisante pour l'étude de ce livre, et la volonté de s'y appliquer. — H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1891. — Présidence de M. BUCQUOY.

Pleurésie purulente. — M. BUCQUOY fait un rapport sur trois cas de pleurésie purulente traités par le procédé de M. Walther, c'est-à-dire par une incision faite en arrière dans un des derniers espaces intercostaux, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Cette pratique permettrait l'évacuation plus complète et plus rapide du liquide. L'incision a été faite dans le neuvième espace, tandis que M. Walther conseille le huitième. M. Bucquoy ne pense pas que les faits de M. Hache apportent des arguments soit pour faire préférer le procédé nouveau à l'incision latérale ordinaire, soit pour le faire rejeter.

Il est établi maintenant qu'il ne faut faire de lavages consécutifs que si les liquides qui s'écoulent par la plaie deviennent putrides. La question des lavages immédiats est plus controversée. M. Bucquoy a vu quatre pleurésies purulentes, de formes différentes, guérir rapidement sans lavage. M. Bouveret a rapporté des observations nombreuses desquelles il résulte que les pleurésies non lavées n'ont pas une durée plus longue. Cependant, la plupart des médecins conseillent un grand lavage au moment de l'opération, soit pour bien débarrasser la plèvre de son contenu, soit dans un but antimicrobien. M. Chantemesse pense que les conditions de vitalité des micro-organismes peuvent être modifiées et qu'ils deviennent moins résistants à l'action des cellules.

Pour M. Bucquoy, on peut faire ou ne pas faire le lavage. Ce qui est important, c'est d'avoir une pleurotomie antiseptique.

M. LE DENTU est partisan de l'incision postérieure que l'on peut faire dans le huitième ou le neuvième espace. Quant aux lavages, leur opportunité dépend des caractères que présente la pleurésie. On devra en faire plusieurs, s'il s'agit d'une pleurésie infectieuse, quand les fausses membranes sont très abondantes. La persistance de la fièvre est un signe grave indiquant l'infection. Dans les cas simples, un seul lavage après l'opération est suffisant.

Opération césarienne pour un cancer du col et du vagin. — M. CHARPENTIER fait un rapport sur une observation de M. Jeannel relative à ce sujet. La malade, enceinte pour la troisième fois, avait un cancer hémorrhagique et elle était condamnée à succomber rapidement. M. Jeannel attendit que le travail se déclarât pour opérer. Il incisa l'utérus, tomba sur le placenta et, pour éviter l'hémorrhagie, fit étreindre le segment inférieur dans les mains d'un aide. La mère mourut le dix-huitième jour de cachexie cancéreuse sans accident opératoire ; l'enfant vécut trois mois.

M. Charpentier étudie les différentes conditions dans lesquelles on peut avoir à intervenir. Si le cancer est limité à une seule lèvre, l'accouchement peut se terminer seul, surtout si c'est la lèvre postérieure qui est atteinte. Quand les deux lèvres sont envahies, ou bien la plus grande partie de la portion vaginale, l'accouchement spontané est rare, mais encore possible, avec ou sans fissure du col ; il est impossible, si l'orifice interne est dégénéré.

Il faut rejeter l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré provoqué, puisque la mère ne peut vivre. L'opération césarienne, dont les dangers diminuent chaque jour, puisque la mortalité est tombée de 54 p. 100 à 26,66 et même 8 p. 100, est donc indiquée.

M. GUÉNIOT trouve que M. Jeannel a fait à la paroi abdominale et à l'utérus des incisions trop longues qui exposent à des hernies et à des hémorrhagies.

Anévrysme de l'artère thyroïdienne inférieure. — M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. Brousses relatif à cette affection. L'auteur insiste sur les signes suivants : précocité des névralgies, accroissement très rapide de la tumeur, état général assez bon, facilité pour faire évoluer dans la tumeur une aiguille exploratrice. La ponction a donné issue à du sang rouge s'écoulant en jets isochrones aux contractions du cœur. Cette ponction a du reste déterminé un accroissement extrêmement rapide de la tumeur. Elle seule a permis de faire le diagnostic, car la plupart des autres signes peuvent exister dans les lympho-sarcomes du cou.

— M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) relate sept observations d'hystérectomie vaginale pratiquées avec succès, deux fois pour une métrite hémorrhagique, deux fois pour des prolapsus complets et invétérés de l'utérus dont l'un avait succédé à l'ablation du rectum et de la cloison pour un cancer, une fois pour une rétroflexion grave par la compression du rectum et deux fois pour des corps fibreux volumineux de la matrice.

— M. DOYEN fait une communication sur deux cas d'actinomycose chez l'homme et présente une série de photographies microscopiques qui s'y rapportent.

M. Doyen présente, en outre, 56 observations de castration tubo-ovarienne et utérine comprenant 35 interventions abdominales (2 morts) et 21 hystérectomies vaginales (2 morts).

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DU 4 AU 12 FÉVRIER 1891.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous prévenons ceux de nos confrères qui veulent bien reproduire notre liste de thèses, sans en indiquer la source, que dans celle de janvier 1891, il s'est glissé une erreur tout à fait volontaire. La thèse n° 103 *bis*, attribuée à M. Mavrogropoulo et intitulée : *Traitement de l'uréthrite chronique par le raclage de l'urèthre*, n'a jamais existé que dans l'imagination de notre collaborateur. Il n'y a pas de médecin de ce nom et le curettage de l'urèthre n'a pas encore été pratiqué, à notre connaissance du moins. Mais cette erreur voulue ne diminue en rien l'exactitude de notre liste habituelle, faite après vérification de chaque thèse soutenue.

Mercredi 4 février 1891. — N° 111. M. Regnauld (Eug.) : Contribution à l'étude de la

laparotomie dans la grossesse extra-utérine. (Président, M. Tillaux.) — N° 112. M. Cuellar (Manuel) : Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. (Président, M. Tillaux.) — N° 113 (*). M. Luzet (Charles) : Etudes sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique. (Président, M. Hayem.) — N° 114. M. Hélie (Charles) : La laryngotomie chez l'adulte. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 5. — N° 115 (*). M. Mosny : Etude sur la broncho-pneumonie. (Président, M. Brouardel.) — N° 116. M. Leledy (Albert) : Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-1890. Ses rapports avec l'aliénation mentale. (Président, M. Charcot.) — N° 117 (*). M. Dupré (Ernest) : Les infections biliaires. Etude bactériologique et clinique. (Président, M. Brouardel.)

Jeudi 12. — N° 118. M. Laloy (Léon) : Contribution à l'étude des applications thérapeutiques de la suggestion hypnotique. (Président, M. Peter.) — N° 119 (*). M. Lequeu (Félix) : Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. (Président, M. Guyon.) — N° 120. M. Petit (J.-B.) : De l'hygroma trochantérien. (Président, M. Duplay.) — N° 121. M. Dubois (Léger-J.) : De l'éducation professionnelle des médecins hygiénistes. (Président, M. Proust.)

COURRIER

L'Ecole de Toulouse, qui vient d'être transformée en Faculté mixte de médecine et de pharmacie, comptait dans sa circonscription un certain nombre de départements pour lesquels elle avait seule le monopole de la réception des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe. En règle générale, les Facultés ne peuvent conférer de diplôme aux praticiens de deuxième ordre que pour un seul département, celui de leur siège.

Le ministre de l'instruction publique vient donc de décider que, pour une session seulement, et à titre provisoire, la Faculté de Toulouse sera appelée à recevoir les officiers de santé qui se proposent d'exercer dans les départements compris dans le ressort de l'ancienne École de Toulouse. Cette session sera ouverte le 6 courant.

— M. le docteur Blin est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure).

M. le docteur Marie est nommé médecin-adjoint de l'asile de Roche-Gandon (Mayenne).

M. le docteur Larrieu est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde).

M. le docteur Schils est nommé directeur-médecin de l'asile Lesvellec (Morbihan).

M. le docteur Chambard est nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges.

M. le docteur Colin est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bergeon (de Thouars), Boucon (de Pesmer), Henri Collin (d'Etampes), Diligence (d'Arques), Pissis (de Brioude), Poupon (de Paris), Vaysses (de l'Isle en Dodon).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Sur la séance annuelle de l'Association générale des médecins de France.

Dimanche dernier a eu lieu la trente-deuxième séance annuelle de l'Association générale. Elle s'est ouverte dans des conditions particulièrement tristes, à cause de la maladie et de l'absence forcée de notre cher et vénéré président, M. Roger. Retenu loin de nous, il était encore présent parmi nous, et personne ne voulait croire qu'il pût rester longtemps séparé de l'œuvre à laquelle il tient par toute son âme.

Le professeur Lannelongue, vice-président, a exprimé dans une courte allocution les sentiments unanimes de l'Assemblée; nous reproduisons ses paroles, avec le message qui les termine et qu'ont souligné de chaleureux applaudissements.

Messieurs et chers confrères,

Le Président de l'Association n'est pas des nôtres aujourd'hui. C'est la première fois que depuis quinze ans nous ne voyons pas ici M. Roger. Vous avez tous appris que l'homme vénérable et affectionné qui est à votre tête, garde la chambre depuis plusieurs semaines. Sans être atteint d'une maladie grave, d'une maladie déterminée, car ce sont des espèces morbides inconnues que celles qui frappent d'habitude les médecins, il a ressenti l'influence de la constitution médicale que nous traversons. Il a été touché et il est encore affaibli; mais il est convalescent et son retour à la santé entière, sans amoindrissement, n'est pas l'objet d'un doute et n'est plus qu'une question d'heures.

Mon premier devoir aujourd'hui était de vous parler du Président absent; c'est vous expliquer en même temps la place que j'occupe. Je ne m'excuserai pas d'un pareil honneur, car vous n'ignorez pas que les honneurs sont parfois de lourdes charges; soyez assuré que mon unique souci sera de remplir de mon mieux et au gré de tous celles que les circonstances m'imposeront.

Je ne doute pas non plus que, comprenant ma position, toute d'occasion, vous ne m'accordiez une bienveillance particulière et même des appuis utiles, s'ils devenaient nécessaires.

Ce seront là mes seules paroles en y ajoutant des souhaits de bienvenue, avant de proclamer le résultat du vote que vous avez émis pour la présidence de l'Association des médecins de France. Mais auparavant laissez-moi vous transmettre le message que vous adresse, avant sa rentrée, le Président sortant.

« Très affectionnés et fidèles électeurs, empêché par la maladie, ce m'est un profond « chagrin de manquer à la grande fête de la famille médicale. Vos votes répétés m'ont « fait presque Président perpétuel, mon cœur de vieil ami battra jusqu'au dernier jour « pour l'Association ».

Le rapport de M. de Ranse sur le dépouillement du vote, qui a élu M. Roger pour la quatrième fois Président de l'Association générale, était un

nouvel et précieux hommage, bien fait pour réconforter notre cher malade. En voici la péroraison :

En portant pour la quatrième fois votre choix sur M. Henri Roger, vous avez voulu aussi reconnaître les constants et éminents services de celui qui, en tout temps, s'est montré, je ne dirai pas généreux de la bourse, — c'est banal et à la portée de tout être favorisé de la fortune, — mais, ce qui est bien meilleur et beaucoup plus rare, généreux, jusqu'à la prodigalité, de son temps, de son affection, de son dévouement.

M. Roger a, depuis de longues années, adopté l'Association comme sa propre famille; lui renouveler son mandat, ce n'est donc pas seulement un acte de justice et de reconnaissance que vous avez accompli : c'est encore, permettez-moi de le dire, un acte de piétié filiale.

Cette expression unanime de vos sentiments aura certainement pour effet d'adoucir les souffrances de notre cher Président, de relever ses forces, de hâter sa convalescence. Si nous avons tous le regret de ne pas l'avoir aujourd'hui parmi nous, nous le retrouverous, à notre prochaine réunion, plein de santé, avec cette vigueur d'esprit et cette jeunesse de cœur que l'accumulation des années, au lieu d'affaiblir, semble au contraire exalter.

En proclamant le nouveau Président, M. Lannelongue a bien fait de demander à l'Assemblée un vote de félicitations qu'elle allait spontanément émettre, et une adresse à M. Roger qui s'est aussi couverte de plus de cent signatures.

Que dire du rapport de M. Brun, si ce n'est qu'il nous montre encore la marche régulièrement ascendante de nos ressources et de notre puissance pour faire le bien? Le rapport de M. Durand-Fardel en fait foi, rapport sur la gestion financière qui serait une formalité bien superflue s'il n'avait surtout pour objet d'exprimer nos sentiments de reconnaissance à un trésorier sur qui reposent depuis trente-trois ans et reposeront longtemps encore, nous l'espérons bien, la fortune et la vie même de l'Association.

Nous n'insistons pas aujourd'hui sur le rapport de M. Riant, œuvre toujours remarquable et qui mérite plus qu'une simple mention; œuvre particulièrement délicate cette année, en présence des projets de réforme qui ont été proposés à nos délibérations, et que le Secrétaire général examine dans l'esprit le plus libéral.

Dès maintenant, nous tenons à mettre en lumière les conclusions du rapport de M. Passant : comme l'an dernier, l'Association peut répondre a toutes les nouvelles demandes de pensions viagères, et cependant il y en a plus que jamais, dix-neuf!

L'Assemblée a nommé par acclamation les membres de la Commission qui doit examiner les demandes de pensions viagères pour 1892 : MM. Bucquoy, Mottet, Richelot, Thomas (de Tours), Worms et Passant. Par acclamation également, les membres du Bureau dont le mandat quinquennal est expiré : MM. Larrey et Bouchacourt, vice-présidents; Brun, trésorier; Blache, vice-secrétaire. Enfin, par appel nominal et scrutin à la tribune, les membres du Conseil général soumis au renouvellement partiel : MM. Cornil, Durand-Fardel, Lereboullet, Leroux, Worms, Bergeron.

Le soir, les Présidents et Délégués des Sociétés locales, les membres du Bureau et un grand nombre de confrères parisiens étaient réunis à l'Hôtel Continental. Les toasts suivants ont été portés :

Par M. LARREY aux Sociétés locales :

MESSIEURS,

Puisque je remplace momentanément mon ami bien cher, mon vieux camarade Roger, avant tout je veux souhaiter la bienvenue aux Présidents et Délégués des Sociétés locales.

C'est à eux qu'il faut nous reporter, c'est sur eux que nous devons compter, quand nous songeons à l'avenir de notre Œuvre et aux progrès qu'elle doit encore accomplir. A elle je pense en portant leur santé, moi qui ai le triste privilège de lui appartenir depuis son origine.

Je ne veux pas abuser de la parole que j'ai prise à la place de notre cher absent. Je n'ajoute qu'un mot : je me figure qu'il est là, enroué, indisposé seulement; je me lève pour le suppléer, mais il est là avec nous, uni si intimement à nous que vous le voyez tous. Oui, pendant que je parle, je voudrais qu'au lieu de me voir, vous puissiez voir Henri Roger.

Par M. BROUARDEL aux Conseils judiciaires de l'Association :

MESSIEURS,

Permettez-moi de lever mon verre en l'honneur de nos Conseils judiciaires.

Dans certains milieux, on n'aime pas avoir un Conseil judiciaire. Ici, au contraire, on es aime, et c'est avec une joie complète qu'on boit à leur santé. Buvons donc aux deux nouveaux venus, MM. Daligan et Liouville, que nous sommes heureux d'avoir parmi nous, non seulement à cause de leur talent et des excellents avis qu'ils sont prêts à nous donner, mais aussi parce qu'ils tiennent de près à la famille médicale. Cette famille a ses aspirations nobles, mais aussi ses petites passions; quand nous sortons de notre milieu, nous sommes quelquefois étonnés de voir qu'on ne pense pas comme nous. Il est bon que ceux qui sont appelés à nous donner des conseils nous connaissent bien et soient au courant des sentiments qui nous agitent. Or, en saluant Daligan, je salue le gendre de Bucquoy, de l'homme le plus respecté et le plus dévoué à la profession. Liouville, c'est le neveu de notre ancien camarade, de ce Liouville si bon, si généreux que vous avez tous connu.

Voilà les origines de nos Conseils judiciaires ; buvons à leur santé, Messieurs, car ils sont des nôtres par l'hérédité.

Par M. DALIGAN, en réponse à M. Brouardel :

MESSIEURS,

Mon collègue Liouville et moi, nous sentons vivement l'honneur qui nous est fait. En présence d'un accueil si flatteur et si touchant, notre premier mot doit être un mot de remerciement et de reconnaissance. Ce qui nous vaut cet accueil, ce n'est pas notre mérite personnel, c'est la sympathie qu'éveillent des souvenirs chers au corps médical comme à nous-mêmes. Pour nous en rendre dignes, nous n'avons qu'une ligne à suivre : mettre au service des intérêts de l'Association notre bonne volonté entière, notre absolu dévouement.

Nous espérons bien n'avoir pas souvent à porter la parole dans des contestations juridiques. Mais, dans maintes circonstances, nous serons là pour vous guider au milieu des difficultés d'une législation souvent étroite, au milieu des dangers où peuvent vous pousser la générosité de vos cœurs et les nobles élans des sentiments les plus purs.

Voilà comment nous comprenons notre rôle. Pour le bien remplir, nous n'aurons qu'à suivre l'exemple des Conseils judiciaires qui nous ont précédés parmi vous.

Ainsi, nous vous prions de nous considérer désormais comme étant des vôtres, comme faisant partie de cette famille médicale à laquelle tant de liens nous rattachent. Tel est le sentiment qui nous anime en buvant à l'Association générale, à sa prospérité, à son développement paisible.

Par M. Langlet, au nom des Sociétés locales :

Messieurs,

C'est au nom des Présidents et Délégués des Sociétés locales que je remercie M. le baron Larrey de la bienvenue qu'il nous a souhaitée.

Nous avons en province un travail moins considérable que le vôtre, mais aussi intéressant, car nous voyons de près toutes les misères de cette profession médicale qui donne plus d'honneur que de fortune, comme vos générosités en témoignent. Nous tenons à remercier le Conseil général de la peine qu'il se donne pour porter remède aux maux que nous lui signalons, et j'invite mes collègues de province à s'associer au toast que je porte à notre cher président M. Roger, qui restera longtemps encore, nous l'espérons bien, à la tête de l'Association générale.

La myotonie congénitale.

La myotonie congénitale, ou maladie de Thomsen, dont nous allons résumer l'histoire d'après la thèse de M. F. Déléage, est constituée par des raideurs spasmodiques survenant au début des mouvements volontaires et siégeant dans les muscles mis en jeu, par un développement exagéré du tissu musculaire contrastant avec une diminution des forces, par des modifications particulières de l'excitabilité mécanique et électrique des muscles. Le plus généralement, les malades présentent aussi des troubles psychiques.

La maladie a été décrite pour la première fois par Thomsen en 1876 et n'est encore que peu connue en France. Les principaux travaux qui lui ont été consacrés sont ceux de Bernhardt, Westphal, Strumpell, Ballet et Marie, Greffier, Viziolli, Vigouroux, Eulenburg, Pitres et Dallidet, Erb et Charcot.

I

L'hérédité joue un grand rôle dans l'*étiologie* de la myotonie congénitale. On la rencontre habituellement chez plusieurs des enfants d'une même famille, et il n'est pas rare de la retrouver dans les ascendants. Quand l'hérédité similaire fait défaut, on constate l'existence chez les parents d'autres maladies nerveuses ou de l'arthritisme. Il faut cependant noter qu'il peut parfaitement exister des cas isolés.

La famille de Thomsen est un exemple de l'influence de l'hérédité. Dans une première génération, on constate des psychoses; dans la seconde génération, un homme est atteint de myotonie; dans le troisième, il y a un enfant faiblement atteint, deux fortement et un indemne. La quatrième génération compte 14 myotoniques sur 25 enfants. Dans la cinquième génération, sur 36 enfants, 6 seulement sont atteints. Il serait, du reste, facile de rapporter un grand nombre de cas analogues.

La maladie de Thomsen est bien plus fréquente dans le sexe masculin. Sur 86 cas réunis par Déléage, 19 seulement se rapportent à la femme. Dans une famille atteinte par la myotonie, une fille peut être indemne et cependant procréer des myotoniques.

L'affection se manifeste habituellement dès la première enfance (35 fois sur 48 cas dans lesquels l'âge du début a été noté). L'un des enfants du docteur Thomsen, mort jeune, avait, dès le berceau, du spasme de l'orbiculaire de la bouche et des lèvres.

Quelquefois des causes occasionnelles semblent précéder le début du spasme. Ces causes peuvent se réduire à deux : frayeur ou émotion ressentie par le sujet, travaux fatigants. L'onanisme pourrait encore jouer un certain rôle (Erb). Il ést probable que, dans beaucoup de ces cas, l'agent moral a une action provocatrice, fait se révéler une maladie qui était restée à l'état latent, mais dont les manifestations seraient certainement apparues à un moment donné.

Erb a rapporté un fait fort intéressant. Dans une famille, deux enfants, sur quatre, étaient atteints de maladie de Thomsen. Or, pendant que la mère était enceinte des deux enfants qui furent atteints, elle avait eu des frayeurs, des soucis et un état mental particulier. A la suite de deux autres grossesses qui suivirent leur cours sans accidents, les enfants furent bien portants.

Les maladies antérieures ne paraissent pas avoir d'influence dans l'étiologie de la maladie de Thomsen.

II

A. *Troubles de la motilité.* — Les troubles de la motilité sont ceux qui dominent dans la maladie de Thomsen. Ils consistent, dit M. Déléage, en une raideur spasmodique qui s'empare de certains groupes de muscles; dès que le sujet veut mettre en jeu ces organes, la contraction devient contracture plus ou moins complète et plus ou moins prolongée; peu à peu les muscles recouvrent leur souplesse, ils se détendent progressivement sous l'influence des efforts du malade pour vaincre les spasmes, les mouvements suivants sont encore gênés, mais ils deviennent de plus en plus faciles et, enfin, normaux après quelques instants. Une fois les membres détendus, les mouvements se font facilement, mais à condition que le malade ne les suspende pas et n'en modifie pas le rythme. Si, par exemple, un malade en train de marcher s'arrête, il peut arriver que le spasme se reproduise lorsqu'il veut avancer de nouveau, ou bien si, tout en continuant sa marche, il veut en modifier subitement la rapidité ou la direction.

Les spasmes musculaires sont indolores. Les douleurs ne se produisent guère que lorsque le malade essaye de vaincre le spasme. La durée de la contracture varie selon les malades et selon les muscles atteints, et oscille entre quelques secondes et plusieurs minutes. Quelquefois, tous les muscles sont atteints; bien plus souvent, il y a prédominance des spasmes sur tels ou tels groupes musculaires, et de préférence aux cuisses. D'autres fois, il y a localisation à certains membres ou à certaines parties du corps.

Tous les muscles des membres inférieurs peuvent être atteints. Lorsque le malade veut se lever, il est pris d'une raideur qui immobilise les membres inférieurs dans l'extension ; il se sent comme cloué au sol et le moindre choc suffit pour le faire tomber. Si le patient cherche à avancer malgré le spasme, il est obligé de se cramponner aux objets qui sont à portée et fait très difficilement quelques pas en traînant les jambes. Progressivement, les muscles obéissent mieux à la volonté, les mouvements deviennent plus faciles et, enfin, la marche devient aussi aisée que normalement, à condition de ne pas imprimer aux membres de mouvements brusques. Si, pendant qu'il marche, le malade heurte un obstacle, un caillou, il est pris de spasmes et doit s'arrêter et se cramponner aux objets environnants ; parfois, il tombe sur le sol d'une seule pièce, rigide comme une barre de fer.

A l'école ou au régiment, on comprend que les malades atteints de maladie de Thomsen aient été pris fréquemment pour des simulateurs.

Les raideurs musculaires sont moins intenses et moins communes aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Elles ne se produisent d'une façon très apparente et avec une certaine intensité que dans les mouvements qui exigent une certaine force; la décontraction est alors d'autant plus lente à arriver que l'effort a été plus grand au début de la contraction. Beaucoup de malades peuvent écrire ou jouer du piano, car ils n'éprouvent de difficulté qu'au début de ces exercices.

La contracture est beaucoup moins accentuée dans les muscles du tronc et du cou que dans ceux des membres. Le redressement du corps incliné en avant est difficile; d'autres fois, il y a de véritables torticolis passagers.

Dans le plus grand nombre des cas, les muscles du visage sont aussi atteints. Dans un cas de Pitres et Dallidet, « la figure a perdu sa mobilité, les expressions passionnelles restent fixées après que l'idée qui les a produites a disparu et que la volonté a cessé son action. Si M... se met à rire, les muscles de sa figure contractée exprimeront le rire pendant un temps très long ». Les spasmes des masticateurs sont très marqués et se produisent à la première bouchée. La langue est aussi envahie; les malades la tirent mal hors de la bouche, ne peuvent la rentrer. La parole est lente, traînante, hésitante aux premiers mots, les spasmes peuvent s'étendre aux différents muscles de la phonation et de la déglutition.

Les muscles des yeux eux-mêmes peuvent être atteints par les spasmes. C'est ainsi que, lorsque le malade de Strumpell fermait les yeux, puis les rouvrait, les plis cutanés formés par la contraction des muscles ne s'effaçaient pas aussitôt; s'il regardait de côté, l'œil restait pendant quelques instants fixé et ne revenait en avant qu'après un instant.

La symptomatologie de la maladie de Thomsen n'est pas toujours absolument nette, et il y a des formes atténuées. Le trouble myotonique peut être si peu accusé qu'il est ignoré par l'entourage du sujet et même par le malade lui-même.

Les raideurs musculaires varient d'intensité selon un certain nombre de circonstances. Elles sont diminuées par la chaleur et aggravées par le froid et l'humidité. Cette influence de la température est parfois assez prononcée pour donner un aspect intermittent à la maladie, la myotonie paraissant disparaître complètement en été. La répétition des mouvements, à condition qu'il n'y ait pas fatigue, diminue aussi la tendance aux spasmes. Le repos physique, d'autre part, est très favorable et, au réveil, les membres sont plus souples que dans le reste de la journée. Quelquefois, cependant, c'est le matin que les spasmes sont le plus accentués. Les émotions, la colère, accroissent l'intensité des troubles moteurs. Un léger excès alcoolique diminue d'abord la myotonie, mais elle est plus prononcée le lendemain.

B. *Etat des muscles.* — Dans presque tous les cas, les muscles sont augmentés de volume et les malades ont un aspect athlétique, herculéen, surtout très remarquable chez les jeunes gens. Le fils d'un des malades de Erb, âgé de 2 ans, ressemblait à un petit géant. Tantôt l'hypertrophie est générale, tantôt elle prédomine dans les muscles qui présentent le plus de troubles moteurs. Un malade de Déléage avait été pris plusieurs fois pour un pseudo-hypertrophique. Chez quelques malades, l'hypertrophie manque et l'on observe de l'atrophie musculaire localisée qui contraste avec l'hy-

pertrophie d'autres muscles (Erb, Peter). La consistance des muscles est variable; le plus souvent, ils sont plus durs qu'à l'état normal, même pendant le repos; pendant la contraction, cette dureté peut devenir extrême, en même temps que des bosses apparaissent. Il n'y a pas de consistance exagérée quand l'hypertrophie fait défaut.

C. *Symptômes divers.* — Il est de règle que les mouvements passifs s'exécutent facilement et que les membres restent souples pendant leur durée. Cependant, il est des cas où ces mouvements eux-mêmes entraînent une certaine raideur.

Certains mouvements réflexes peuvent amener la tétanisation des muscles en jeu, et nous avons déjà mentionné la persistance de la contraction à la suite des mouvements d'origine psychique, tels que le rire.

Les muscles lisses restent toujours indemnes et il en est de même des sphincters.

Plusieurs auteurs ont signalé l'existence de craquement dans les articulations pendant les mouvements; ils existent surtout au début des premiers mouvements et pendant ceux qui sont exécutés après la cessation d'un accès de rigidité musculaire.

La sensibilité reste intacte dans tous ses modes, quand la maladie est pure. Le réflexe rotulien est habituellement normal, mais peut être diminué, ou, très rarement, augmenté. Les réflexes cutanés sont normaux.

Dans un petit nombre de cas, on trouve signalés des tremblements fibrillaires.

(A suivre.) B. MARTIN.

Cinquième session du Congrès français de chirurgie

QUESTIONS DIVERSES

Résection du genou, par M. J. BŒCKEL (de Strasbourg). — Cette opération peut être pratiquée à tous les âges, mais, chez les enfants, elle doit être très parcimonieuse. On doit la pratiquer de bonne heure; la suppression de la suture osseuse, de l'hémostase, du drainage réduisent le manuel opératoire et le traitement consécutif à leur plus simple expression. 61 résections pratiquées de la sorte ont fourni : 1° 50 guérisons définitives; 2° 6 guérisons avec fistules pendant six à huit semaines après la levée du pansement; 3° 1 amputation consécutive; 4° 1 pseudarthrose; 5° 3 morts (influenza, apoplexie, phthisie) dont pas une imputable à l'opération.

En ajoutant à ces faits ceux de ses séries précédentes et 29 cas opérés par M. E. Bœckel, l'auteur compte 140 opérations avec 131 guérisons et 9 morts (9,4 p. 100). Sur 85 opérés personnels, 65 ont été perdus de vue; 8 sont morts depuis; 5 ont guéri avec pseudarthrose, 6 ont été amputés; 51 ont un membre utile et se portent à merveille. La survie est de 8 à 12 ans (10 cas), de 3 à 6 ans (20 cas); les 21 restants datent de ces deux dernières années.

Angiome suppuré de l'orbite, par M. PANAS. — Cette affection est rare; on en compte à peine une soixantaine de cas; M. Panas en trace le tableau clinique et rapporte un fait unique de suppuration spontanée à la suite de la fièvre typhoïde. La tumeur ayant été enlevée par énucléation, on trouva au centre de l'angiome, caverneux et sclérosé, un abcès dans le pus duquel l'examen bactériologique révéla le bacille d'Eberth. Il est probable que, dans les thromboses de cette tumeur, les microbes ont trouvé un terrain favorable à leur culture. Dans les organes, très vasculaires d'ailleurs, la choroïde, par exemple, un infarctus amène facilement la suppuration par les microbes pyogènes divers. Ainsi, M. Panas a vu des choroïdites suppurées consécutives à l'influenza, à la pneumonie, etc. Pour le rôle pyogène du bacille d'Eberth, il a été démontré par Colzi,

qui a fait des expériences sur 14 lapins auxquels, après inoculation, il fractura le fémur; le foyer osseux suppura. De même, dans l'angiome, les microbes du sang s'arrêtent dans les vaisseaux dilatés et y forment des foyers de suppuration. M. Panas se demande si l'on ne pourrait pas appliquer cette théorie à l'ophthalmie sympathique; l'œil malade provoquerait dans l'autre œil une congestion réflexe qui servirait de point d'appel à des microbes véhiculés par le sang.

Etranglement interne. — Laparotomie. — Guérison. — M. Monprofit (d'Angers) a pratiqué cette opération pour un étranglement par bride fibreuse chez un jeune homme de 20 ans, vierge de toute médication, purgatifs, électrisation. La guérison fut complète en huit jours.

Calcanéotomie pour rupture du tendon d'Achille. — M. Poncet (de Lyon) décrit une opération qu'il appelle « *mobilisation de l'extrémité postérieure du calcanéum; calcanéotomie verticale avec glissement* », et qui est destinée à remédier aux ruptures anciennes du tendon d'Achille, avec écartement considérable des extrémités tendineuses. Dans un cas de ce genre, l'extrémité talonnière du calcanéum fut sciée d'un trait vertical et transversal, et, glissant sur le corps de l'os, put être élevé de façon à permettre la suture des deux bouts tendineux. L'insertion osseuse, déplacée, fut fixée en sa nouvelle position par un petit clou d'ivoire. Le résultat fut excellent. M. Poncet propose de mobiliser de même la tubérosité antérieure du tibia pour les ruptures anciennes du tendon rotulien, de même aussi l'olécrane pour celles du triceps brachial.

Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale. — M. Broca fait une communication basée sur 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme, cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies se décomposent de la manière suivante : 4 hernies étranglées; 1 hydro-épiplocèle enflammée; 2 épiploïtes gangréneuses; 19 hernies irréductibles ou chroniquement adhérentes; 4 seulement étaient directes, ce qui démontre une fois de plus qu'on a exagéré leur rareté. Dans tous les cas, sauf 2, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles, même dans les hernies obliques externes, que l'auteur croit congénitales. Les enveloppes herniaires sont : pour la hernie directe, peau et dartos, crémaster, *fascia transversalis* refoulé. Il est extrêmement facile de décoller le sac séreux du fascia transversalis. Pour la hernie congénitale, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y chercher les petits sacs au milieu des éléments du cordon.

Résultats éloignés de la néphrorraphie. — M. Tuffier a pratiqué 14 fois cette opération pour rein mobile ayant produit trois ordres d'accidents : 1° douleurs; 2° troubles gastriques; 3° neurasthénie. Ce sont les trois types cliniques du rein mobile. La *forme douloureuse* est la plus fréquente avec ou sans hydronéphrose. C'est la plus favorable au traitement, puisque, chez 10 malades, elle a disparu après l'opération et que, chez les 3 autres, elle a été très amendée. La forme dyspeptique est plus rare (2 cas) et s'accompagne d'entéroptose ou de lésions hépatiques (2 cas avec 1 échec). La forme neurasthénique est également peu fréquente; elle comprend toute la gamme des accidents névropathiques, jusques et y compris les crises hystériformes (3 cas, 2 succès).

Il est deux variétés étiologiques absolument distinctes au point de vue thérapeutique : le *rein mobile simple*, ou déplacement traumatique; c'est une véritable luxation, une hernie de force, le reste de la ceinture abdominale est indemne, c'est le triomphe de la néphrorrhaphie. Le *rein mobile compliqué*, déplacement lent et progressif, précédé, accompagné ou suivi de l'entéroptose de Glénard. La néphroptose n'est plus alors qu'un incident. Il y a un effondrement de la ceinture abdominale, non justiciable d'une *pexie* quelconque, mais qui doit être renforcée par une ceinture ou tonifiée par le massage.

Sur 10 malades opérés depuis plus de quatre mois, il n'y eut qu'un échec chez l'un d'eux atteint de poussées congestives. Les 9 autres, examinés tout récemment, présentent une cicatrice solide, sans aucune tendance à la hernie; le rein est fixe, fait corps avec la paroi, mais reste facilement perceptible dans la plus grande partie de son

étendue. Les douleurs ont été améliorées chez tous, sauf un qui présente les signes de l'entéroptose.

Ces résultats sont encourageants. Entre Landau et Lawson Tait, opposés à l'intervention, et Kœppler, qui regarde le rein mobile comme une menace pour la vie et veut pratiquer la néphrectomie dès que le diagnostic est posé, M. Tuffier croit que la néphrorraphie doit conserver son rang en tête des opérations efficaces de la chirurgie rénale. C'est une intervention *bénigne*, puisque, sur 149 observations, la mortalité est de 3,4 p. 100. Elle est *efficace*, puisque, sur 73 opérations typiques, elle donne 80 p. 100 de guérison complète ou d'amélioration très notable. Le succès sera plus certain encore si on a soin de ne pas s'adresser sans discernement à toute espèce de mobilité rénale, mais si l'on précise les indications dans les différentes formes cliniques énumérées plus haut.

Ablation d'un cancer du rectum, par M. Ledru (de Clermont-Ferrand). — Pour conserver le sphincter, l'opération de Kraske convient aux épithéliomas élevés, mais non point à ceux qui descendent tout près de l'anus. Chez une femme, le cancer partait de l'anus et remontait à 7 centimètres sur la paroi postérieure; par la dilatation forcée, on eut assez de jour pour enlever tout le mal en respectant le sphincter et suturer la muqueuse à l'anus. Deux récidives rapides ont, il est vrai, nécessité deux nouvelles opérations, mais la malade est actuellement très bien portante depuis dix mois. Les trois fois, l'opération a été faite par la même voie. La troisième n'a d'ailleurs été qu'une destruction à la pâte de Canquoin d'un bourgeon récidivant.

Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale. — M. Leprévost (du Havre) a, chez une femme de 32 ans atteinte d'un cancer occupant la paroi antérieure du rectum, empiétant un peu sur les faces latérales, descendant jusqu'au voisinage de la marge de l'anus et haut de 6 à 7 centimètres, pratiqué l'opération suivante :

Premier temps. — Après une soigneuse désinfection locale, la malade est endormie et placée dans la position de la taille périnéale; on dissèque, aux dépens du périnée, un lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, semi-lunaire, le bord concave regardant la fourchette, le bord convexe confinant à l'anus et les extrémités se continuant avec les grandes lèvres. Ce lambeau, complètement libéré au niveau de la fourchette, est relevé et provisoirement fixé à la partie supérieure de la vulve.

Deuxième temps. — La tumeur est soulevée par deux doigts introduits par le rectum, puis la cloison est réséquée rapidement avec le bistouri, car le sang pleut.

Troisième temps. — L'hémostase faite, le lambeau périnéo-vulvaire est rabattu et attiré en bas et en arrière, puis suturé par son bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée.

Quatrième temps. — La paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale.

Suites opératoires des plus simples et résultats secondaires excellents non seulement au point de vue plastique, mais encore au point de vue fonctionnel. La malade a repris ses forces, a engraissé et ne présente aujourd'hui, sept mois après l'opération, aucune apparence de récidive. Ce procédé, d'une exécution facile, peut être applicable non seulement aux néoplasmes de la cloison, mais encore, avec quelques modifications de détail, à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

Malformation utéro-vaginale. — M. Delagenière (du Mans) a trouvé chez une femme de 23 ans une absence totale de vagin et d'utérus, mais la présence des ovaires était révélée par des phénomènes congestifs du côté du poumon. Laparotomie, extraction des ovaires trouvés dans les fosses iliaques; douze jours après, création d'un vagin artificiel au-devant du rectum, tapissé en partie par la muqueuse vestibulaire et en partie par deux grands lambeaux cutanés empruntés aux régions anale et fessière. Depuis l'opération, la malade se porte bien, et n'a plus eu de phénomènes de congestion pulmonaire. Le vagin artificiel persiste avec les mêmes dimensions qu'après l'opération.

M. Delagenière insiste au point de vue anatomo-pathologique sur l'état scléro-kystique des ovaires ectopiés.

Cas de lympho-sarcome, par M. Auffret (de Brest). — Mycosis fongoïde depuis deux ans; amélioration passagère par divers traitements; récidive; ablation de la tumeur ulcérée au bistouri. Guérison depuis cinq mois et demi. Le mycosis s'était transformé en sarcome, comme l'a montré l'examen histologique.

Plaies de l'intestin. — M. Berger communique un fait de plaie de l'abdomen par balle de revolver, ayant intéressé l'intestin grêle et le cœcum, traité avec succès par la laparotomie. Les signes primitifs étant peu marqués, M. Berger pencha pour l'abstention; mais deux heures après (dix heures après l'accident), signes de début de péritonite. Laparotomie séance tenante. Une perforation fut suturée sur le cœcum et deux sur l'intestin grêle. Vérification faite du reste de l'intestin, l'abdomen fut refermé. Tout a été bien, sauf un épanchement séreux dans le péritoine, évacué par une désunion assez étendue de la plaie. La réunion par seconde intention est en bonne voie.

La statistique intégrale de M. Berger porte sur 7 observations, dont 2 par coup de couteau. Pour les balles de revolver avec perforation intestinale, 3 laparotomies ont donné 1 mort; 2 abstentions ont donné 2 guérisons. Mais M. Berger est le premier à reconnaître que ces différences de série tiennent surtout aux différences anatomiques si grandes entre les plaies intestinales par armes à feu. Il se prononce en faveur de la laparotomie dès qu'on constate un signe de perforation.

M. Verneuil a actuellement dans son service un homme qui, il y a vingt-cinq jours, s'est tiré une balle de revolver entre l'appendice xyphoïde et le nombril, et n'a eu aucun accident depuis lors.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de gaïacol-eucalyptol-iodoforme en solution dans l'huile d'olives stérilisée. — M. Pignol a commencé, il y a trois mois, à appliquer aux tuberculeux le traitement par les injections de gaïacol dissous dans l'huile. Après avoir, depuis plus de trois ans, essayé successivement l'eucalyptol, la créosote, il a fini par donner la préférence à un liquide contenant par centimètre cube 14 centigrammes d'eucalyptol, 5 centigrammes de gaïacol et 1 centigramme d'iodoforme. Les doses, variables suivant les cas, sont de cinq à dix et même douze centimètres cubes de liquide par jour. Ces injections multipliées sont très bien supportées, et ne déterminent jamais d'accidents locaux si elles sont faites avec les précautions antiseptiques. On a renoncé à employer la vaseline comme véhicule; on se sert maintenant d'huile d'olives ou d'huile d'amandes douces stérilisée.

Le seul point qui ait paru susceptible de recevoir les injections répétées est le sillon rétro-trochantérien. L'eucalyptol, seul ou associé à l'iodoforme, a donné des résultats assez bons; mais on ne peut enregistrer comme succès définitif que le cas d'une jeune fille atteinte de tuberculose subaiguë, qui prenait en même temps de l'iodoforme à l'intérieur, à la dose de cinq centigrammes par jour; la durée du traitement a été de deux mois et demi.

Actuellement, trois ans après, la guérison ne s'est pas démentie. L'association de la créosote à l'eucalyptol a paru surtout utile comme anesthésique local; les injections créosotées sont infiniment moins douloureuses que les injections d'eucalyptol, qui, elles-mêmes, ne le sont guère.

Mais c'est avec le gaïacol associé à l'eucalyptol et à l'iodoforme qu'on a vu se produire le plus rapidement de bons résultats. Un malade du service de la clinique, atteint de tuberculose aiguë greffée sur une lésion déjà ancienne du sommet droit, vient de sortir du service paraissant complètement guéri. En ville, M. Pignol a constaté très nettement la rétrocession de lésions du sommet gauche, qui ont aujourd'hui totalement disparu. (*Soc. de biologie*, séance du 14 mars 1891.) — Dr Ph. L.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DU 18 AU 26 FÉVRIER 1891.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 18. — N° 122. M. Leplat (Alfred) : Contribution à l'étude des accidents de la syphilis héréditaire. Syphilis dentaire. (Président, M. Fournier.) — N° 123. M. Corbillot (Ernest) : Etude sur l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou. (Président, M. Lannelongue.) — N° 124. M. Lefèvre (H.-A.) : Contribution à l'étude de la diphthérie. De l'examen bactériologique de la fausse membrane diphthéritique; son importance au point de vue du diagnostic. (Président, M. Strauss.) — N° 125. M. Péret-Gilbert. Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres. (Président, M. Tillaux.)

Jeudi 19. — N° 126 (*). M. Guibert (Armand) : La vision chez les idiots et les imbéciles. (Président, M. Panas.) — N° 127. M. Frey (Albert) : Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. (Président, M. Proust.) — N° 128. M. Fouré (V.-Ph.-A.) : De la chromidrose, chromocrinie partielle et cutanée, de M. Le Roy de Méricourt. Essai historique. (Président, M. Laboulbène.) — N° 129. M. Durand (Marcel) : Etude historique et critique sur la scarlatine puerpérale. (Président, M. Mathias-Duval.)

Mercredi 25. — N° 130 (*). M. Lefebvre (Albert) : Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de P. Marie. (Président, M. Hayem.) — N° 131. M. Burnet (J.-Fr.) : Contribution à l'étude de l'hystérie infantile ; son existence au-dessous de l'âge de cinq ans. (Président, M. Hayem.) — N° 132. M. Vilpelle (Edouard) : De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules. (Président, M. Pinard.) — N° 133. M. Delcroix (Alexandre) : Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchements. (Président, M. Pinard.)

Jeudi 26. — N° 134. M. Rouaireux (Michel) : De la rhinotomie médiane comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs siégeant dans la cavité nasopharyngienne. (Président, M. Le Fort.) — N° 135. M. Florand (G.-J.) : Des manifestations délirantes de l'urémie : folie brightique. (Président, M. Ball.) — N° 136. M. Martinez (E.-E.) : Du diagnostic et du traitement des appendicites. (Président, M. Le Dentu.) — N° 137. M. Lefèvre (Eugène) : Les nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum. (Président, M. Le Dentu.)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ANASARQUE. — Pécholier.

Vératrine	1 gramme.
Iodure de potassium	2 grammes.
Axonge	30 —

F. s. a. une pommade, conseillée en frictions contre l'anasarque. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 31 mars 1891, sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Léon Labbé, chirurgien des hôpitaux, et M. le professeur Peter, médecin des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les candidats ajournés avant le 8 juin 1891 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 15 juin).

2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; à partir du 1er juillet par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 2 juin 1891 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 8 juin consigneront jusqu'au 16 juin 1891 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Réunion amicale de médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale. — La prochaine conférence sera faite le 13 avril, à neuf heures du soir, au Cercle militaire, avenue de l'Opéra, 49, par M. le docteur Picqué, vice-président, qui traitera : « De la pratique de l'antisepsie dans le service de l'avant; des plaies articulaires et de leur traitement. »

MM. les médecins auxiliaires seront admis à assister à cette conférence, ainsi qu'aux suivantes à titre d'auditeurs. Il leur suffira de se faire préalablement inscrire chez le président, docteur Kuhff, rue de Rivoli, 69, ou de se munir de leur lettre de service.

Académie des sciences. — La commission de l'Académie des sciences pour le *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) à décerner en 1891 est composée de MM. Bouchard, Marey, Verneuil, Richet, Charcot, Brown-Séquard, Larrey, Sappey, Ranvier. — Les membres de la commission du *Prix Godard* sont : MM. Bouchard, Verneuil, Brown-Séquard, Richet et Charcot.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourguet (d'Aix), Henry Collin fils (de Saint-Honoré), Thévenot (de Paris).

Nous envoyons à notre digne et excellent confrère, le docteur Collin (de Saint-Honoré) l'expression de nos regrets et de notre bien vive sympathie.

Ce que coute l'alcoolisme a la France. — M. Jules Rochard, dans une conférence sur les *intoxications volontaires*, a dressé le bilan des dépenses occasionnées en France par l'alcoolisme. Il a soin de faire remarquer que dans son calcul il s'est tenu toujours un peu au-dessous de la vérité. Voici ce budget :

Valeur de l'alcool consommé (sans les droits).......	128.298.384
Journées de travail perdues........................	1.340.147.500
Frais de traitement et de chômage.................	70.842.000
Frais occasionnés par les aliénés..................	2.652.912
Suicides et morts accidentelles......................	1.922.000
Frais de répression pour les crimes..................	8.894.500
Total (1)...........	1.555.757.296

En Angleterre on estime que l'alcool coûte 2,922,130,075 francs à la nation.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

(1) Pour le détail et la justification de ces calculs, voir Jules Rochard, *Traité d'hygiène sociale*, Paris, 1888, p. 632.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Congrès français de chirurgie : des diverses espèces de suppuration envisagées au point de vue bactériologique et clinique.

Cette question nous a valu deux importantes communications de MM. les professeurs Lannelongue et Verneuil. Le premier a étudié les ostéomyélites à staphylocoques, à streptocoques et à pneumocoques au point de vue expérimental et clinique ; le second, les indications fournies au diagnostic et au traitement des suppurations par les recherches bactériologiques.

L'expérimentation a démontré à M. Lannelongue que les streptocoques et les staphylocoques, injectés dans les veines, produisent diverses lésions des os : abcès sous-périostiques, intra-médullaires, infiltrations purulentes, nécroses baignant ou non dans le pus, décollements épiphysaires; mais le staphylocoque albus s'est montré moins virulent que l'aureus; les streptocoques ont produit plus fréquemment des arthrites et l'érysipèle dans la moitié des cas.

Y a-t-il en clinique des formes symptomatiques particulières correspondant à chaque agent? En d'autres termes, peut-on faire le diagnostic différentiel de chaque variété d'ostéomyélite?

M. Lannelongue répond par l'affirmative. Il a examiné 37 cas d'ostéomyélite, qui avaient pour cause : 21 fois, le staphylococcus aureus; 7 fois, le staphylococcus albus; 1 fois, les deux; 4 fois, les streptocoques; 2 fois, les pneumocoques, et 2 cas indéterminés.

Rappelons en passant que M. Lannelongue a le premier démontré l'existence des ostéomyélites à streptocoques, et les deux cas d'ostéomyélite à pneumocoques qu'il mentionne sont aussi les deux premiers qui aient été observés chez des sujets n'ayant pas eu antérieurement de pneumonie.

La comparaison des tableaux cliniques des deux espèces d'ostéomyélite à staphylocoques et à streptocoques permet d'en faire assez facilement le diagnostic.

Le début de l'ostéomyélite à streptocoques est très aigu, la fièvre très intense, la température est à 40, 41 degrés; mais elle y reste moins longtemps que dans l'ostéomyélite à staphylocoques; elle descend au troisième ou quatrième jour, puis présente les grandes oscillations du matin au soir de l'ancienne pyohémie. Les douleurs spontanées sont moins vives dans la première forme que dans la seconde.

Localement, l'ostéomyélite à streptocoques s'accompagne d'une fonte purulente rapide et vaste, due à la sécrétion abondante des streptocoques,

sans bourrelet périphérique; la peau est érysipélateuse, avec œdème et sans réseau veineux; dans l'ostéomyélite à staphylocoques, la fonte purulente est lente, il existe un bourrelet périphérique et le réseau veineux est très marqué; le staphylocoque aime les veines; le streptocoque aime les lymphatiques, témoins l'érysipèle si fréquent et l'adénite si douloureuse et très marquée. Les complications sont aussi différentes; dans l'ostéomyélite à staphylocoques, ceux-ci vont par la voie veineuse produire des métastases viscérales, mais peu ou pas d'arthrites, réservées aux streptocoques, qui par la voie lymphatique vont dans les séreuses articulaires. Dans deux cas, il s'agissait de nouveau-nés dont les mères avaient succombé à des accidents puerpéraux, et l'on sait que le streptocoque est l'agent habituel de l'infection puerpérale.

Au point de vue du pronostic, les faits actuels semblent faire croire que le streptocoque trouve dans la moelle des os un terrain moins favorable, par suite ses effets paraissent moins graves, et la guérison est possible sans grands désordres locaux. Il n'y a pas eu de nécrose dans deux cas. Pour produire la nécrose, il lui faut s'associer au staphylocoque, mais alors les désordres produits sont considérables.

Dans les deux cas d'ostéomyélite à pneumocoques, sans pneumonie antérieure, les microbes sont entrés probablement par la voie veineuse. L'affection occupait l'extrémité supérieure du fémur chez un enfant de 17 mois, et l'extrémité inférieure du même os chez un enfant de 4 mois. Dans les deux cas, le diagnostic n'a pu évidemment être fait qu'après coup; l'articulation suppura promptement et abondamment, mais la guérison a été prompte, sans nécrose.

En résumé, la clinique, d'accord avec les enseignements de la physiologie expérimentale, établit que les ostéomyélites à staphylocoques sont les plus graves; celles à streptocoques viennent ensuite, et enfin les ostéomyélites à pneumocoques sont les plus bénignes.

— M. Verneuil établit d'abord que, dans toutes les suppurations, on trouve, à un moment donné, des microbes qui sont les agents de la suppuration, ou, comme il le dit sous forme d'aphorisme : la suppuration est fonction microbienne.

Les recherches bactériologiques permettent d'apporter dans le diagnostic des suppurations une précision inconnue avant elles; elles démontrent que les microbes qui produisent la suppuration sont nombreux, et la liste, qui augmente chaque jour, n'est pas encore close.

De ces agents, les uns sont fatalement ou presque fatalement pyogènes, par exemple, les staphylocoques jaune et blanc, le streptocoque; d'autres le deviennent accidentellement : les bacilles de Koch, d'Eberth, le pneumocoque, etc.; d'autres ne le sont jamais : celui du tétanos par exemple. Parfois on trouve dans les foyers purulents un seul microbe (*foyer monomicrobique*); le pus est alors, en quelque sorte, une culture pure de ce microbe; d'autres fois, plusieurs microbes sont associés (*foyer polymicrobique*).

Un foyer primitivement monomicrobique peut devenir polymicrobique, de nouveaux microbes venant s'ajouter à celui qui était d'abord seul et qui avait produit la suppuration. D'autre part, un microbe peut se substituer à un autre; au bout d'un certain temps, les microbes peuvent disparaître alors que la collection purulente persiste.

Les microbes essentiellement pyogènes produisent partout la suppu-

ration : dans le tissu conjonctif, dans les cavités séreuses, les os, les muscles, les parenchymes sur les muqueuses, etc. Ils siègent non seulement dans le pus, mais dans la paroi des abcès. Leur existence dans les parois est importante à connaître; c'est elle qui explique les infections qui se montrent parfois longtemps après que la collection a été évacuée. Il en est de même des corps étrangers contenus dans les collections, qui servent de supports aux microbes et qui peuvent devenir des agents d'infection.

Les microbes pyogènes viennent toujours du dehors, suivant la loi formulée par Pasteur, et ont besoin, pour infecter l'organisme, de pénétrer par une solution de continuité. Mais, quand ils ont pénétré, ils peuvent rester latents, ne manifester leur action qu'à propos d'une cause occasionnelle; c'est ce qui explique que, dans bien des cas, on n'en trouve pas la porte d'entrée.

La vitalité des microbes pyogènes varie beaucoup d'une espèce à l'autre ; celle du staphylocoque jaune paraît indéfinie. M. Lannelongue l'a retrouvée au bout de soixante-dix-sept ans, et M. Verneuil de quarante-deux ans.

Tout ce qui précède démontre la possibilité de reconnaître par l'examen bactériologique microscopique et mieux encore à l'aide de la culture, quelle est la nature des agents qui ont produit la suppuration dans un foyer purulent donné. Cet examen est aussi nécessaire en clinique que celui de l'urine. Il devrait conduire à l'emploi dans le traitement des suppurations d'agents antiseptiques correspondant à chaque espèce microbienne. Tout permet de croire que ce but sera atteint un jour, en employant des substances qui tueront le microbe sans nuire au malade.

En attendant, M. Verneuil expose les préceptes qui doivent servir de guide dans le traitement des suppurations.

Contre les suppurations superficielles, ou intra-dermiques (furoncle, anthrax), les bains ou les pulvérisations prolongées antiseptiques; contre les suppurations profondes, l'ouverture avec drainage. L'ouverture n'a pas seulement pour but d'évacuer le pus, mais surtout de stériliser le foyer en y faisant pénétrer les liquides antiseptiques convenables, non pas l'innocent acide borique, mais les antiseptiques puissants comme l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé, etc.

Les ouvertures dans le phlegmon diffus facilitent l'issue des produits pathologiques; il faut les faire assez nombreuses, profondes, mais peu étendues, comme dans les abcès du sein; il faut les faire au thermo-cautère et employer ensuite les pulvérisations antiseptiques, qui pénètrent au sein des tissus à la faveur de ces ouvertures.

Nous ferons suivre ces deux communications magistrales de quelques faits intéressants présentés au Congrès. Une d'entre elles a été déjà résumée dans l'*Union médicale* : celle de M. Peyrot, sur les abcès du foie sans micro-organismes, présentée à la Société de chirurgie (voir l'*Union* du 20 janvier 1891, n° 9, p. 101); celle de M. Doyen (de Reims), sur les bactéries de la suppuration, n'est qu'un exposé général de la question dont l'auteur a étudié divers points avec des recherches bactériologiques confirmant celles des auteurs antérieurs.

Traitement des abcès chauds sans incision. — M. Piéchaud (de Bordeaux) confirme la manière de voir de M. Verneuil à cet égard. Depuis huit ou dix mois, il fait dans les abcès une ponction antiseptique pour évacuer le pus, puis une injection antiseptique pour stériliser le foyer. Son cas initial a trait à une arthrite purulente du genou chez un vieillard; il fit d'abord une injection d'acide borique pour laver le foyer, puis une

de sublimé pour le désinfecter; la guérison a été parfaite. L'examen bactériologique a démontré que les abcès à staphylocoques et à streptocoques guérissaient également bien. Un phlegmon diffus de la jambe guérit de même par les ponctions et injections multiples, avec recollement des téguments paraissant voués au sphacèle. Actuellement, il possède environ 20 cas de ce genre.

Evidemment, il faudrait pouvoir trouver un antiseptique correspondant au microbe, mais, pour le moment, il faut avoir soin d'en employer un assez puissant pour pouvoir convenir à la majorité des cas. M. Piéchaud n'emploie plus que la solution de sublimé à 1 p. 1,000, les autres antiseptiques ayant échoué quelquefois.

Hématome enflammé et suppuré à la suite d'un érysipèle, par M. Reclus. — Femme de 40 ans, rupture des fibres du muscle droit de l'abdomen dans une quinte de toux; douleur vive, production d'un épanchement sanguin avec ecchymose. Quinze jours plus tard, érysipèle de la face qui guérit bien et facilement. Mais, quelques jours après la guérison de l'érysipèle, la tumeur hématique devient douloureuse et suppure. Le pus était une culture pure de streptocoques. On doit admettre, dans ce cas, une métastase du microbe de l'érysipèle qui est venu se localiser sur un point qui avait été préalablement le siège d'un traumatisme.

Métastase purulente de l'anthrax. — M. Verneuil rappelle un cas déjà publié dans lequel un anthrax de la nuque, incisé et malaxé, avait été le point de départ d'un abcès profond de la hanche, ayant débuté le soir même. Cet abcès, dont le pus fut examiné par M. Gilbert, contenait les staphylocoques dorés de l'anthrax. Une esquille provenant de la tête du fémur montra la localisation osseuse de ces microbes, laquelle détermina une coxalgie avec raccourcissement de la hanche de 3 centimètres.

Dans un nouveau cas recueilli par MM. Thiéry et Beretta, un malade, guéri depuis quelques jours d'un anthrax de la cuisse, fit une chute sur les reins, et présenta bientôt les signes d'un phlegmon profond de la région lombaire et d'un épanchement pleurétique. Une ponction exploratrice faite dans l'épanchement pleural et dans l'abcès lombaire montra, dans les deux cas, l'existence du staphylocoque doré à l'état de pureté. Après l'incision de l'abcès, qui était très considérable, on constata que le foyer était uniquement dans le tissu cellulaire, sous le carré des lombes, et descendait jusque dans la fosse iliaque. L'abcès s'était produit sans participation ni des os ni des reins; il devait donc être attribué à une métastase du microbe de l'anthrax restant encore dans l'économie, et qui s'était localisé et avait repris de la virulence à propos d'un traumatisme léger.

Ces deux faits prouvent donc la possibilité des métastases microbiennes de l'anthrax.

De l'origine infectieuse de certaines formes de cystites dites à frigore *ou rhumatismales*, par M. Bazy (de Paris). — Ces formes de cystites peuvent être rattachées à d'autres causes, en particulier à une infection partie d'un autre point du corps : dans un cas, à la suite d'un abcès dentaire; dans deux autres, d'une bronchite avec expectoration purulente, d'une suppuration sous-préputiale. Chez aucun de ces malades, il n'existait aucun signe de tuberculose ou de blennorrhagie. Ces cystites guérissent très facilement.

Thyroïdite suppurée consécutive à une pneumonie, par M. Gérard Marchant (de Paris). — Une femme de 72 ans, présentant depuis l'adolescence une légère hypertrophie du corps thyroïde, fut prise, trois semaines après une pneumonie, de douleurs dans cette région, suivies d'un gonflement rouge et œdémateux, préludes d'une collection liquide suppurée. Une incision donna issue à une grande quantité de pus, dont l'examen histologique montra qu'il contenait des pneumocoques, sans autres micro-organismes; des cultures furent faites et reconnues positives; des inoculations furent pratiquées sur une souris, et dans le sang de cette souris, morte trente heures après les inoculations, on a découvert des pneumocoques.

Comme dans le fait d'angiome suppuré après une fièvre typhoïde, de M. Panas; après celui d'hématome suppuré après un érysipèle, de M. Reclus; celui de MM. Thiéry et Beretta, de suppuration d'une contusion après

un anthrax, celui de M. G. Marchant démontre que des microbes cheminant dans le sang viennent s'arrêter dans un foyer pathologique, *lieu de moindre résistance*, dont ils déterminent la suppuration. — L.-H. Petit.

La myotonie congénitale (1).

Il faut encore noter parmi ces symptômes la lordose et les tremblements fibrillaires.

Les troubles psychiques ont été signalés par Thomsen dans sa première description. L'un des plus constants, d'après Déléage, consiste à vouloir tenir sa maladie secrète et à préférer supporter les inconvénients résultant du service militaire plutôt que de la révéler. Un grand nombre des malades sont taciturnes et mélancoliques, ont un caractère insubordonné, des accès de délire, une intelligence imparfaite, etc. On peut s'expliquer la fréquence des troubles mentaux divers, si l'on se rappelle que les malades ont une hérédité névropathique très prononcée et sont presque toujours des dégénérés.

Excitabilité des nerfs moteurs et des muscles. — Ce sont surtout les recherches de Erb qui ont permis de l'étudier. L'excitabilité mécanique des nerfs ne paraît pas diminuée. Si les secousses du courant faradique sont rapides et l'intensité assez considérable (écartement de la bobine de 10 à 30 millim.), la contraction dure pendant plusieurs secondes (quelquefois jusqu'à dix) quand l'excitation du nerf a cessé. La durée de la contraction est, dans tous les cas, moindre que quand on excite directement les muscles par le courant faradique.

L'excitabilité galvanique des nerfs ne paraît pas non plus avoir subi de modifications quantitatives très notables.

Erb résume ainsi ce qu'il a constaté : « L'excitabilité mécanique, faradique et galvanique des nerfs moteurs est, quantitativement, à peu près normale; elle est plutôt diminuée qu'augmentée; les secousses sont normales; les excitations isolées ne donnent jamais que des contractions courtes, sans durée consécutive; seules, les excitations accumulées (courant galvanique, courant induit) provoquent des contractions toniques, persistantes... L'excitabilité mécanique, faradique et galvanique des muscles est accrue. Avec le courant galvanique, on n'obtient que des contractions de fermeture, contractions aussi fortes au pôle positif qu'au pôle négatif, contractions torpides, toniques, avec durée consécutive assez longue, excepté quand on emploie des intensités de courant minima, ou des excitations faradiques isolées; dans beaucoup de muscles, des courants faradiques intenses développent des contractions ondulatoires et régulières; les courants galvaniques fixes développent des contractions qui se succèdent dans un rythme régulier.

Comparant le résultat fourni par les excitations des nerfs et des muscles Erb montre que :

L'excitabilité des nerfs moteurs est diminuée et celle des muscles est accrue;

L'excitabilité faradique et galvanique des nerfs n'a subi de modifications ni qualitatives, ni quantitatives; celle des muscles est un peu accrue et a subi des modifications qualitatives;

---

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Les secousses développées par l'excitation des nerfs sont courtes, fulgurantes, sans durée consécutive (sauf dans les cas où il y a sommation des excitations); les secousses qui succèdent à l'excitation directe du muscle sont torpides, toniques, avec durée consécutive assez longue (sauf quand on emploie des intensités de courant minima, ou des excitations faradiques isolées);

L'excitation des muscles avec le courant galvanique fixe (électrodes stabiles) donne lieu à des contractions ondulatoires rythmiques.

L'ensemble de ces résultats a été désigné par Erb sous le nom de *réaction myotonique*.

III

C'est à Erb que nous devons aussi les premiers travaux relatifs aux lésions anatomiques des muscles dans la myotonie congénitale.

Sur les coupes transversales de fragments de muscles durcis dans le liquide de Muller, on constate, d'après sa description, une énorme hypertrophie des fibres musculaires. La largeur de ces fibres oscille entre 24 et 180 μ, plus de la moitié présentant une épaisseur supérieure à 80 μ. L'œil ne peut plus distinguer les faisceaux primitifs. Les fibres sont plus arrondies, en partie cylindriques et les sections ne présenteront plus l'aspect polygonal normal. Le contour est moins net, granuleux vers le bord, et la surface de section homogène, avec de petites fentes. Les noyaux sont très augmentés de nombre, de telle sorte que l'on en trouve, en moyenne, 6,7 par fibre. Les travées conjonctives sont un peu épaissies, surtout celles qui séparent les faisceaux secondaires et tertiaires, et elles semblent constituées par une substance molle, granuleuse, englobant les fibrilles conjonctives. Les coupes longitudinales montrent que les fibres sont comme étranglées et et incurvées en certains points, que le tissu conjonctif est accru. Sur deux malades, Erb a trouvé des vacuoles dans certaines fibres.

M. Déléage a fait des recherches anatomiques personnelles qui l'ont conduit aux résultats suivants : Le muscle atteint de maladie de Thomsen diffère du muscle normal : 1° par l'augmentation de volume des fibres musculaires; 2° par l'augmentation du nombre des noyaux; 3° par l'hypertrophie du protoplasma non différencié, amenant, comme conséquence, la dégénérescence, l'atrophie de la substance contractile. La multiplication du protoplasma peut débuter par le centre de la fibre et déterminer la production de vacuoles, ou par des traînées protoplasmiques divisant la fibre musculaire; elle peut encore, et c'est le cas le plus commun, débutant par la périphérie, désagréger et détruire presque complètement la substance contractile. La formation des vacuoles est rare et dépend non seulement de la marche du processus, mais encore du muscle examiné, certains muscles, chez l'homme, contenant, à l'extérieur des fibres, moins de tissu différencié que certains autres. Dans certaines fibres, la désintégration commence par l'allongement des zones du protoplasma entourant les noyaux, zones fusiformes au début, qui arrivent à se réunir, séparent la fibre et en désorganisent la substance contractile. Le plus souvent, la séparation se produit vers la périphérie; une lame mince de substance musculaire est d'abord détachée; puis, le protoplasma et les noyaux augmentant, la substance embryonnaire l'emporte sur la substance contractile différenciée, qui dégénère progressivement et laisse à sa place un amas de débris à fines granulations, constitué en grande partie par du protoplasma. Il y a atrophie

musculaire lorsque la plus grande partie des fibres est dégénérée. La désintégration de la substance musculaire ne se fait pas sur toute la longueur de la fibre, mais seulement en quelques points et dans le sens transversal. La gaine sarcolemmatique ne s'affaisse pas et reste remplie des débris de fibrilles, du protoplasma et des noyaux multipliés.

Les vaisseaux sont sains. Babès et Marinesco ont noté l'hyperplasie des plaques terminales intra-musculaires.

Le système nerveux n'a pu être examiné, car il n'y a jamais eu d'autopsie; les fragments musculaires ont été pris sur le vivant.

L'état particulier du muscle dans la maladie de Thomsen doit être considéré comme une persistance de la forme embryonnaire ou plutôt comme un retour vers cette forme. Or, Saltmann a montré que les muscles des mammifères nouveau-nés ont leurs contractions torpides, paresseuses et persistantes, et qu'ils se déforment facilement; les symptômes de la maladie dépendraient donc de la forme embryonnaire du muscle. La faiblesse s'explique facilement par l'altération de la substance contractile.

En l'état actuel de la science, on doit regarder la myotonie congénitale comme une affection musculaire. Il est légitime de la rapprocher des myopathies familiales, principalement de la paralysie pseudo-hypertrophique Cependant, comme le fait remarquer M. Déléage lui-même, ce qui domine dans les myopathies, c'est l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel du muscle ; dans la maladie de Thomsen, c'est l'hyperplasie du protoplasma. Cette maladie serait donc une myopathie parenchymateuse, et les atrophies familiales des myopathies interstitielles.

IV

La maladie de Thomsen est congénitale, de telle sorte que le plus grand nombre des cas dans lesquels le début a eu lieu à un âge assez avancé sont discutables au point de vue du diagnostic.

Ce dernier n'est pas toujours facile à poser quand on ne peut se baser sur les réactions électriques, et on peut faire la confusion avec la paralysie pseudo-hypertrophique, la tétanie, l'hystérie avec diathèse de contracture, la neurasthénie, l'hypertrophie musculaire vraie, la paralysie spinale spasmodique ou tabès spasmodique, la paramyotonie congénitale d'Eulenburg, la claudication ou paralysie intermittente d'origine vasculaire.

La *paralysie pseudo-hypertrophique* et la maladie de Thomsen ont un certain nombre de points de contact. Cependant la démarche est bien différente dans les deux cas : dans le premier, il n'y a pas de spasmes, et, ce qui domine, c'est la faiblesse, la parésie motrice; pour se mettre debout, le malade grimpe après ses jambes. Enfin, dans la paralysie, l'excitabilité mécanique, faradique et galvanique des muscles est anormale, diminuée ou même éteinte, et on n'observe jamais de contractions durables ni d'ondulations rythmiques. Cependant il est des cas où le diagnostic est assez difficile quand, à la paralysie, se joignent des contractures, des crampes, de l'*hystérie*. Dans cette névrose on peut observer, ainsi que le fait remarquer M. Marie, des contractions qui simulent celles de la maladie de Thomsen. Dans la *tétanie*, les contractions sont plus intenses; elles sont douloureuses, localisées aux membres, surviennent spontanément, peuvent être provoquées par la compression des troncs nerveux et des vaisseaux; l'excitabilité mécanique, faradique et galvanique des nerfs est accrue; la maladie est

transitoire. Le *tabès spasmodique* se manifeste par une rigidité musculaire spasmodique ; mais cette rigidité est continuelle, amène des déformations articulaires, s'accompagne d'exagération des réflexes; il n'y a pas de modification très appréciable de l'excitabilité électrique. La *paramyotonie congénitale* d'Eulenburg est héréditaire, congénitale et se manifeste par une roideur spasmodique de certains groupes de muscles, suivie de parésie ou de paralysie durant plusieurs heures; ces phénomènes peuvent se produire du côté de la face; ils sont souvent symétriques; ils surviennent sous l'influence du froid, sont atténués par la chaleur, les frictions. Dans la paramyotonie, la réaction myotonique fait défaut; l'excitabilité faradique des nerfs et des muscles est normale, mais la contractilité galvanique est diminuée, et il y a une tendance à la persistance des contractions tant à la fermeture par le pôle positif qu'à la fermeture par le pôle négatif; les ondulations musculaires pendant la galvanisation des muscles ne se produisent pas.

Il ne faut pas oublier que la maladie de Thomsen peut s'associer à d'autres maladies : sclérose en plaques, épilepsie symptomatique, etc., et qu'alors le diagnostic peut devenir très difficile.

La myotonie congénitale ne s'arrête pas dans sa marche (Marie); dès le début, elle s'étend à d'autres muscles volontaires, elle augmente peu à peu d'intensité, puis elle peut rester stationnaire ou passer par des phases d'amélioration ou d'aggravation. La vie n'est pas directement mise en danger et la santé générale reste intacte. Les médecins militaires doivent bien connaître la maladie de Thomsen afin de ne pas prendre pour des simulateurs ceux qui en sont atteints. On ne connaît pas de cas de mort du fait de la maladie elle-même; mais il n'y a pas non plus d'exemple de guérison. C'est à peine si l'on peut relever quelques faits où il y a eu une amélioration notable.

Dans les cas bénins, on peut employer, comme traitement, le massage et la gymnastique raisonnée. L'électricité a été conseillée sous forme de faradisation et de galvanisation généralisée et sous forme de bains électriques. Le courant faradique sera surtout utile s'il y a de l'atrophie musculaire.

B. Martin.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de MM. Bertin et Picq, sur le traitement de la tuberculose par le sang de chèvre;

2° Un travail de M. Crié, sur la toxicité de la morille;

3° Un mémoire de M. Luton, sur le traitement de la tuberculose par les sels de cuivre;

Hermaphrodisme. — M. Polaillon communique un cas d'hermaphrodisme observé chez une jeune femme de 25 ans. Les organes génitaux externes étaient bien conformés, mais il n'y avait pas e vagin et la dépression, située en arrière de la fosse naviculaire, avait à peine 2 centimètres de profondeur. De chaque côté, on trouvait une petite tumeur au niveau du canal inguinal; celle du côté droit était grosse comme une noix, très sensible à la pression; le volume et la douleur étaient moindres du côté gauche. Cette femme n'avait rien qui ressemblât à des règles ou à des poussées menstruelles

et cependant offrait tous les caractères de la féminité. Elle eut de nombreuses relations sexuelles qui finirent par créer une dépression de la longueur de l'index. La mort étant survenue à la suite d'une néphrite, l'autopsie montra l'absence d'utérus et d'ovaires. Les petites tumeurs étaient des testicules atrophiés.

Angiome capsulaire du genou. — M. Tripier a eu à traiter un jeune homme de 18 ans que l'on croyait atteint d'une tumeur blanche du genou.

On constatait une tuméfaction de la partie interne de l'articulation et il existait un point très douloureux sur la tubérosité interne du tibia. Or, en déprimant les tissus, la tuméfaction semblait disparaître et cependant les culs-de-sac synoviaux ne se gonflaient pas. En outre, si l'on plaçait un lien constricteur sur la partie moyenne de la cuisse, la tuméfaction augmentait. Par contre, le lien constricteur enlevé, si l'on élevait le membre, cette dernière diminuait au point de disparaître à peu près complètement. En employant des compresses chaudes ou froides, l'épreuve était tout aussi décisive. La tuméfaction était donc due à de l'ectasie veineuse. Toutefois, comme il existait des inégalités à la surface de l'os, on pouvait penser, vu l'âge du malade, à un sarcome télangiectasique. Mais, dans cette hypothèse, le volume de l'os aurait dû être plus grand. Enfin, en douze ans, une tumeur de cette nature aurait pris plus de développement.

M. Tripier porta le diagnostic d'angiome simple et fit l'extirpation du néoplasme qui se continuait sous le tendon du triceps et sous le tendon rotulien. L'on fit des contre-ouvertures et l'on termina par une cautérisation énergique. Le résultat est excellent et le malade est guéri.

Dépopulation de la France. — Après les observations de plusieurs membres, la première conclusion est renvoyée à la commission.

— M. Magnant fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus en injectant de la sérosité de vésicatoire, qu'il appelle lymphe humaine, dans la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, les ulcères de jambe, etc.

— MM. Morvan (de Lannilis) et Bouchard (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 avril. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Chorée de Sydenham et chorée rythmique hystérique associées. — Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants. — Présence de la tuberculine dans les exsudats tuberculeux.*

M. Joffroy présente une malade atteinte de chorée rythmée. Le bras droit fait les mouvements que l'on exécute pour cirer des chaussures. Antérieurement à cette chorée rythmée, la malade avait eu une chorée de Sydenham ordinaire, au cours de laquelle on avait constaté un frottement péricardique. La chorée rythmée succéda donc à la chorée de Sydenham, ce qui n'avait jusqu'à présent jamais été signalé.

La première est nettement de nature hystérique. La malade présente plusieurs stigmates d'hystérie. La chorée antérieure était, au contraire, une chorée simple. Mais, dans l'association de ces deux chorées, M. Joffroy pense que la première n'a été pour rien dans le développement de la seconde. En effet, la malade était la compagne inséparable d'une autre jeune fille du service, atteinte de chorée rythmée hystérique. Un troisième cas commence à se montrer dans la même salle : on pourrait donc assister à une petite épidémie de chorée rythmée hystérique.

M. Debove pense que, chez la malade de M. Joffroy, il n'y a eu du commencement à la fin que de l'hystérie. Cette transformation d'une chorée généralisée en une chorée rythmée serait une nouvelle preuve de la nature hystérique de l'une et de l'autre.

M. Féréol demande à M. Joffroy si, dans ces cas de chorée rythmée, l'électricité pro-

duit généralement de bons résultats. Quant à lui, il a soigné une malade fort analogue à celle que présente M. Joffroy, et il obtint la brusque disparition des phénomènes avec des courants continus. La malade n'était cependant pas guérie, car les mouvements choréiques réapparurent bientôt après.

M. Joffroy : L'électricité n'a très probablement aucun effet direct dans l'hystérie. Quand elle agit, c'est surtout par suggestion.

M. Dumontpallier : M. Joffroy vient de faire le meilleur éloge de la théorie de la suggestion à l'état de veille. Bernheim a dit, lui aussi, que la suggestion employée seule ne réussit pas toujours; qu'elle devient au contraire très souvent efficace quand on lui associe un moyen accessoire : l'électricité, l'hydrothérapie, la métallothérapie, etc.

— M. Comby présente trois observations personnelles relatives au traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

Dans la première, il s'agit d'un garçon de 3 ans, qui, à la suite d'une broncho-pneumonie droite, présenta les symptômes d'un vaste épanchement pleural du même côté. Le liquide était étalé en lame autour du poumon congestionné, car la ponction ne donna à peine qu'un verre de pus. Le soulagement fut immédiat, mais l'amélioration de l'état général se fit un peu attendre, une bronchite généralisée ayant succédé à la ponction. La guérison survint cependant sans autre intervention.

Dans la deuxième observation, c'est un enfant de 6 ans et demi, chez lequel une pleurésie droite avait succédé à une fluxion de poitrine; on avait déjà appliqué sept ou huit vésicatoires, et on avait fait cinq ou six ponctions évacuatrices. L'épanchement se reproduisait toujours; le liquide purulent ne contenait que le streptocoque. L'enfant ne guérissait pas; il avait des sueurs nocturnes abondantes, il maigrissait de plus en plus, ne mangeait pas. Aussi, la pleurotomie fut-elle bientôt décidée et pratiquée. On la fit suivre d'un grand lavage de la plèvre avec une solution de sublimé au 1/2000e, puis avec une solution de chlorure de sodium.

Malgré un abcès de la paroi et une coqueluche, la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre.

Le troisième cas est celui d'un enfant de 4 ans, rachitique, atteint d'une pneumonie à forme cérébrale (Rilliet et Barthez), chez lequel les symptômes nerveux : convulsions, vomissements, fièvre excessive, prostration, s'étaient montrés avant l'apparition de tout signe pulmonaire. Bientôt après, cependant, étaient survenus un point douloureux dans le flanc droit, un souffle doux, sans râles, au niveau de la base droite, de la dyspnée, de la toux. On fit le diagnostic de broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

Après la défervescence, qui ne fut pas complète, puisque le thermomètre marquait 38° et qu'il y avait 100 pulsations, l'enfant présenta des douleurs polyarticulaires, du purpura, des hémorrhagies intestinales. En même temps, la matité envahissait le côté droit et tous les signes d'un épanchement apparaissaient. Deux ponctions exploratrices ne ramenèrent que quelques gouttes de pus : des grumeaux très épais bouchaient la canule de l'appareil aspirateur. L'empyème, pratiqué sous le chloroforme, donna issue à un flot de pus mélangé de grumeaux; on fit un grand lavage au sublimé (solution au 1/2000e), puis à l'eau salée. L'eau était teintée de sang provenant probablement de bourgeons charnus qui tapissaient la plèvre. Le pus contenait le streptocoque.

La fièvre tomba, et l'amélioration fut rapide, malgré quelques accidents d'intoxication (coliques, oligurie et dysurie) qui engagent à n'employer le sublimé qu'en solution plus étendue : au 1/3000e ou au 1/4000e.

L'intention de M. Comby était de ne point faire d'autre lavage. Il fut amené cependant, par une légère élévation de la température, à en faire un second. Des drains avaient été fixés dans la plaie, et les pansements furent faits, aussi rarement que possible, avec du salol et de la gaze salolée.

La guérison fut parfaite.

Grâce à la pleurotomie antiseptique, le pronostic de la pleurésie purulente chez les enfants est devenu de plus en plus favorable. On ne redoute plus aujourd'hui la purulence des épanchements, due presque toujours au pneumocoque ou au streptocoque. Les

épanchements séro-fibrineux sont autrement redoutables, à cause de leurs relations avec la tuberculose.

Pour déterminer la ligne d'incision, M. Comby n'a tenu compte d'aucune théorie. D'après lui, l'indication est surtout fournie par les signes physiques et par la ponction. En d'autres termes, il faut ouvrir là où on est sûr de trouver du pus.

En principe, il faut faire le moins de lavages possibles; un grand lavage antiseptique après l'opération est formellement indiqué.

Le sublimé paraît être l'antiseptique de choix, mais il faut l'employer avec prudence.

M. Debove a été très surpris d'entendre dire que la pleurésie séro-fibrineuse est plus grave que la pleurésie purulente. C'est, en effet, un point admis par tous les pathologistes que le pronostic de la pleurésie purulente est plus grave.

M. Laveran partage l'opinion de M. Debove. D'ailleurs la pleurésie purulente est souvent tuberculeuse. A ce point de vue, sa gravité est donc aussi grande que celle de la pleurésie séro-fibrineuse.

M. Bucquoy : L'opinion de M. Comby est paradoxale. Certainement le pronostic de la pleurésie purulente est aujourd'hui beaucoup moins grave qu'autrefois, grâce à la pleurotomie antiseptique. Mais la menace d'une tuberculose n'en subsiste pas moins. En outre, c'est encore un paradoxe de dire que les pleurésies séreuses sont toujours tuberculeuses; il en est un très grand nombre qui guérissent parfaitement, sans tuberculose ultérieure.

M. Netter : Le pronostic immédiat est plus favorable dans la pleurésie séreuse. Quant au pronostic éloigné, si on en excepte les pleurésies purulentes de nature tuberculeuse, les épanchements purulents sont moins inquiétants que les épanchements séreux. En effet, les inoculations aux animaux de liquide séro-fibrineux les rendent souvent tuberculeux, ce qui n'arrive point dans les inoculations avec le liquide purulent.

M. Comby a voulu parler seulement des épanchements métapneumoniques, des pleurésies à pneumocoques, à streptocoques, à staphylocoques. Il est évident que les épanchements purulents de nature tuberculeuse sont plus graves que les épanchements séro-fibrineux. Mais, les pleurésies purulentes tuberculeuses exceptées, il vaut mieux avoir une pleurésie purulente de n'importe quelle nature qu'une pleurésie séro-fibrineuse, qui est une menace constante de tuberculose. Ce qu'a dit M. Netter sur l'inoculation aux animaux vient confirmer cette opinion.

— M. Debove : Dans deux cas de péritonite tuberculeuse avec épanchement, traités par l'injection intra-péritonéale d'une solution boriquée, la température monta le jour de l'opération à 40° et l'état général fut très grave jusqu'au lendemain, où tous les symptômes inquiétants disparurent.

Cette poussée fébrile et de tels accidents généraux n'étaient dus ni à une poussée de péritonite, ni à une substance aussi peu active que l'acide borique. On peut donc supposer que l'injection intra-péritonéale a déterminé une irritation légère du péritoine, et qu'à la faveur de cette irritation une certaine quantité de l'exsudat a été résorbé. Cette résorption serait la cause des accidents, ceux-ci étant fort analogues à ceux que produit l'injection de la lymphe de Koch. En d'autres termes, l'exsudat péritonéal ne serait autre chose qu'un liquide de culture bacillaire susceptible de produire des symptômes analogues à ceux obtenus par le liquide des cultures faites *in vitro*.

Pour vérifier cette hypothèse, il n'y avait qu'à rechercher si « la lymphe péritonéale » provoquerait une réaction chez les tuberculeux et chez les tuberculeux seulement.

C'est ce qu'a fait M. Debove. Cinq centimètres cubes de liquide ascitique tirés par ponction de l'abdomen d'un malade, soigneusement filtrés au filtre Pasteur pour éviter la tuberculose locale, furent injectés sous la peau de la cuisse d'un tuberculeux; six heures après, la température dépassait 39° alors qu'elle atteignait à peine 38° les jours précédents. Une nouvelle injection pratiquée quelques jours plus tard provoqua les mêmes phénomènes.

M. Debove fit alors ces mêmes injections dans un cas de cancer avancé de l'estomac

et chez une personne bien portante. 8 centimètres cubes de liquide produisirent une élévation de cinq dixièmes de degré seulement.

Enfin chez un jeune tuberculeux atteint en outre d'un lupus ulcéré de la face, une injection de 10 centimètres cubes amena une élévation de température à 39° et en même temps, du côté du lupus, des phénomènes de congestion et d'exsudation abondante au niveau des points ulcérés.

Une seconde injection de 20 centimètres cubes, puis une troisième de 30, amenèrent encore un léger mouvement fébrile, mais peu de réaction locale.

Ces recherches paraissent donc démontrer que les exsudats de l'organisme chez les tuberculeux contiennent des produits analogues à ceux que Koch a désignés sous le nom de tuberculine et agissent d'une façon identique.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

INSTITUT DE FRANCE. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie des beaux-arts de M. Alphand pour remplir la place d'académicien libre, devenue vacante par suite du décès de M. le baron Haussmann.

FÊTES UNIVERSITAIRES DE LAUSANNE. — Le Conseil général des Facultés, dans la réunion qu'il a tenue récemment, a décidé d'accepter l'invitation qui lui avait été adressée par M. le recteur de l'Académie de Lausanne d'assister aux fêtes universitaires des 18, 19 et 20 mai prochain. Ces fêtes auront lieu à l'occasion de la transformation de l'Académie de Lausanne en Université. Parmi les délégués du Conseil des Facultés qui s'y rendront, on cite MM. Brouardel, Lannelongue, Planchon, etc. (*Méd. mod.*)

— La Société Império-Royale des médecins de Vienne vient de conférer le titre de membre d'honneur à un certain nombre de savants, parmi lesquels MM. Pasteur et Ollier (de Lyon).

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS, 74, rue Denfert-Rochereau. — M. Kirmisson, agrégé, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, recommencera ses leçons sur la chirurgie orthopédique le lundi 13 avril à dix heures du matin et les continuera les lundis et vendredis suivants.

Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités du membre inférieur.

Opérations le mercredi à dix heures. Consultations chirurgicales et orthopédiques, les mardis, jeudis et samedis à neuf heures.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. H. Douliot, docteur ès sciences, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission d'exploration à Madagascar. M. Louis Trillat est adjoint à la mission de M. H. Douliot dans l'île de Madagascar.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diastase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — *Consomption.* — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE

TRENTIÈME-DEUXIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

TENUE A PARIS, LES 5 ET 6 AVRIL 1891, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE

Première séance.

M. le président LANNELONGUE déclare la séance ouverte et prononce l'allocution que nous avons reproduite dans notre numéro du 7 avril.

M. DE RANSE lit son rapport sur l'élection du Président de l'Association générale. Le dépouillement du scrutin donne 2,497 voix à M. Henri Roger sur 2,534 votants. Le Président de l'Assemblée proclame, en conséquence, M. H. Roger élu Président de l'Association générale pour une nouvelle période de cinq années, et demande à l'Assemblée d'envoyer au nouvel élu une adresse de félicitations.

L'adresse est rédigée et couverte de signatures.

FEUILLETON

CAUSERIE

Une population terrorisée par la peur de la variole.

Nous avons déjà raconté des histoires semblables, mais celle qui s'est passée dans les environs de Marseille, et que le *Petit Marseillais* du 26 mars dernier rapporte, nous semble dépasser en horrible tout ce que nous avons lu depuis longtemps.

Il y a environ dix-huit mois, un jeune docteur en médecine, M. Dromart, alla s'établir au village de la Bouilladisse, à quelques kilomètres de Marseille, près d'Aubagne. Jusqu'à ce moment, la population de cette commune avait été dépourvue de praticien et devait aller chercher secours, pour ses malades, à Roquevaire ou dans les localités environnantes. C'était une lacune qui disparaissait, et l'événement était d'autant plus appréciable qu'il répondait au vœu, dès longtemps exprimé, de près de 2,000 habitants.

M. Dromart ne tarda pas à se marier à la Bouilladisse et il en fit son pays d'adoption en épousant une demoiselle de l'endroit. Tout était donc pour le mieux dans le plus charmant des villages.

Or, voilà quelques semaines qu'une épidémie de variole s'abattit sur la Bouilladisse et, les unes après les autres, une vingtaine de personnes furent atteintes. La frayeur

M. Brun, trésorier, expose la situation financière de l'Association :

Messieurs,

Les relevés de comptes que nous publions chaque année dans notre Annuaire avec grands détails facilitent bien la tâche qui nous est imposée de vous exposer la situation financière de notre grande Association, et nous pourrons, sans fatiguer votre attention par des séries de chiffres le plus souvent difficiles à suivre, vous mettre bien au courant de ce qu'il vous importe de savoir. Notre Association se trouve dans des conditions de prospérité financière aussi satisfaisantes que nous pouvons le désirer.

Les Sociétés locales remplissent leurs obligations statutaires avec une régularité qui nous permet de constater que le lien social, formé il y a déjà plus de trente ans, est aussi fort que les premiers jours, et que tout fait espérer qu'il se consolidera toujours plus par l'heureuse action de notre Caisse des pensions viagères.

Ensemble, les Sociétés locales, pour satisfaire à leurs obligations statutaires, ont versé à notre Caisse la somme de 22,642 fr. 29.

Savoir :	Pour droits d'admission........................Fr.	3.744 »
	Pour dixième des cotisations et revenus............	13.058 69
	Pour remboursements d'Annuaire.................	5.839 60

Si, à cette somme, nous ajoutons la somme existant en notre caisse particulière au commencement de l'exercice, soit 6,228 fr. 21 et celle de 3,675 fr. 15 pour intérêts des fonds disponibles qui forment notre réserve à la Caisse des dépôts et consignations, nous avons un total de 32,545 fr. 65 dont le Conseil général a réglé l'emploi comme suit :

DÉPENSES ET EMPLOI DES FONDS

Pour frais d'administration, impressions, circulaires, etc.. Fr.	2.132 75
Pour loyer et frais accessoires..........................	863 20
Pour l'Annuaire, impression, distribution..................	7.897 »
Frais judiciaires pour recouvrements de legs................	294 55
Pour allocations diverses et subventions aux Sociétés locales.	2.450 »
A reporter.............	13.637 50

dans le pays fut grande, car, nulle part ailleurs plus que là, cette maladie, assurément redoutable, ne produit plus grande impression. Aucun de ceux qui furent contaminés ne mourut cependant et, il faut le dire, les soins et le dévouement du docteur Dromart contribuèrent, dans une large mesure, à assurer ce résultat. Mais il devait payer cher son surmenage, le pauvre docteur, et un jour vint où il fut terrassé à son tour par le mal dont il avait contracté les germes au chevet d'un de ses clients.

Le médecin malade! Mais alors, tout le pays allait succomber!.....

Ce fut alors une véritable panique. Chose triste à dire, les proches de M. Dromart n'eurent pas assez d'énergie pour s'y soustraire. Hélas! on ne raisonne pas avec la peur. Le vide s'était fait autour du malade, auprès duquel demeura cependant son oncle, à l'abnégation duquel nous rendons très volontiers hommage. Celui-ci ne pouvant suffire à la tâche appela auprès de lui deux gardes-malades qu'on fit partir de Marseille.

Cela dura quinze grands jours, pendant lesquels la population, terrifiée, s'éloignait en tremblant de la maison où agonisait lentement M. Dromart. On ne passait plus sur le trottoir qui longeait sa porte!..... Bientôt même, les gardes-malades se virent refuser l'entrée des magasins où ils allaient s'approvisionner! Après l'épicier, le boucher; le boulanger ensuite!

— Que voulez-vous, dirent-ils à l'oncle, qui allait plus spécialement chez eux, si vous continuez à venir, les pratiques ne viendront plus dans la crainte de vous rencontrer!.....

Et il fut convenu qu'on leur apporterait ce dont ils auraient besoin sur un coin

Report..............	13.637 50
Sommes versées au compte de fonds de retraites de l'Association générale..	8.000 »
Frais divers..	1.518 »
Total............	23.155 50

La totalité des recettes étant de..................................	32.545 65
et celles emploi et dépenses de.......................	23.155 50
il reste à la Caisse particulière du trésorier pour les prémices du nouvel exercice, notamment pour le paiement de l'Annuaire......................................Fr.	9,390 15

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES

Notre Caisse des pensions viagères, qui possédait l'an dernier la somme de 1,343,273 fr. 75, a vu son capital s'augmenter pendant le dernier exercice de la somme de 73,594 fr. 79, et ce capital se trouve ainsi porté à 1,416,868 fr. 54.

Cette augmentation provient des versements volontaires des Sociétés locales pour la somme de 20,516 fr. 25; les plus vaillantes, comme à l'ordinaire, ont été la Société centrale, la Société de la Gironde et celle des Bouches du-Rhône.

Les legs et dons particuliers ont produit la somme de 30,442 fr. 54.

Pendant l'exercice nous avons encaissé le legs de 10,000 francs de M. Ricord, et nous avons reçu en acompte du legs du docteur Belle (de Moissac), la somme de 13,102 fr. 45 et pour dons particuliers la somme de 7,340 fr. provenant presque entièrement de membres de l'Association générale :

MM. Henri Roger, Abadie, Brun, Bucquoy, Burdel (de Vierzon), Cazeneuve (de Lille), Cordès (de Genève), Demange (de Nancy), Dreyfous, Fatou (de Lorient), Hameau (d'Arcachon), Hugot (de Laon), Lannelongue, baron Larrey, Legrand, Leroux (de Versailles), Lereboullet, Leroy, Dupré (de Bellevue), Millard, Marjolin (René), Pamard (d'Avignon), Péan, Penard (de Rochefort), Penard (de Versailles), Pfeiffer, Marjolie (Georges), Wickham (Georges) et de la Société médicale du XVIe arrondissement municipal de la ville de Paris.

Mais ce n'est pas tout, notre compte de rentes constituées au profit de notre Caisse des pensions s'est augmenté de 600 francs de rente 3 p. 100, savoir : 100 francs de rente

---

de leur porte, où ils pourraient le prendre. On fit ainsi, et durant ces longs jours, la maison du « variolé » fut alimentée de la sorte. Encore étaient-ce les plus hardis qui s'en chargeaient. L'eau même qu'on allait puiser pour eux était prestement déposée sur le trottoir avec les précautions les plus rapides.

Enfin, vendredi soir, à huit heures, le dénouement fatal se produisit et, après avoir, dans la journée, reçu les derniers sacrements, que M. le curé de la paroisse n'hésita pas à lui apporter, M. Dromart expira!

Ce fut alors bien autre chose!

Qui allait, en effet, mettre en bière et inhumer le défunt?

— Les parents sont partis, disaient les habitants, nous n'avons pas à être plus vaillants qu'ils ne l'ont été eux-mêmes!

M. le maire, assez sagement, d'ailleurs, ordonna l'inhumation pour le lendemain matin cinq heures, et les premières heures du jour furent consacrées à faire prévenir le fossoyeur. Or, il faut aller le chercher à Auriol! Entre temps, M. le curé était mandé. Il arriva... tout sommeil cessant.

Mais le fossoyeur ne pointa guère que vers sept heures.

Autour de la maison, le vide plus grand que jamais! Personne! Il y avait cependant M. le docteur Fallen, de Roquevaire: M. Camoin, le pharmacien de cette localité; l'oncle du défunt et deux gendarmes. Le corps, mis en bière, on le descendit à grand'peine! On s'aperçut alors que le fossoyeur avait oublié d'apporter un drap mortuaire; et, dépouillé de tout ornement, dans la nudité navrante des planches de sapin mal jointes,

par don de notre toujours généreux président, M. Henri Roger, que nous avons le regret de ne pas voir aujourd'hui présider cette Assemblée, et 500 francs de rente 3 p. 100 dont le titre nous est échu par le décès de Mme Woillez, veuve du docteur Woillez, qui en était usufruitière.

Le fonds capital de la Caisse des pensions se trouve porté à :

Savoir : 1° En caisse du trésorier..........................Fr.	4.958 49
2° Somme employée par le service des 74 pensions.	1.411.910 69
3° Somme disponible pour les pensions de demain et de l'avenir..................................	375.911 19

Le Conseil général, sur la proposition de la Commission des pensions, a décidé de fixer à 285,000 francs la somme à disposer pour les dix-neuf pensions que vous serez appelés à voter demain, ce qui portera à 93 le nombre de nos pensionnés.

En résumé, le bilan de l'Association générale s'établit comme suit :

1° Caisse de l'Association générale..................	91.060 15
2° Caisse des pensions..............................	1.416.878 68
Total.............Fr.	1.507.938 83

Non compris 4,134 francs de rentes françaises représentant un capital de plus de 100,000 francs.

La parole est donnée à M. Durand-Fardel, membre du Conseil général, pour lire son rapport sur la gestion financière du trésorier; ce rapport conclut à l'approbation des comptes, et est accueilli par les applaudissements de l'Assemblée.

M. Riant lit le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1890. En voici quelques passages remarquables :

Messieurs et chers Collègues,

Je serais un bien infidèle interprète des sentiments du Conseil et de cette Assemblée des représentants de l'Association générale des médecins de France, si, au moment de

---

le cercueil fut placé sur une charrette. Quatre hommes ne se trouvèrent pas pour le porter jusqu'au cimetière!

Lorsque le cortège s'ébranla, cependant, — un gendarme conduisant un cheval par la bride, — deux nouveaux personnages s'y joignirent... suivant à plus de cent mètres de distance

On ne peut se figurer rien de plus désolant que cette cérémonie. Au cimetière, le corps fut déposé dans un tombeau, et les braves gendarmes durent aider le fossoyeur dans sa funèbre corvée.

Et c'est ainsi que, sous l'empire d'une frayeur inexplicable, toute une population a rendu hommage (!!!) à la mémoire d'une victime du devoir professionnel!

On ne raisonne pas avec la peur, disions-nous nous-même en commençant, mais un pareil abandon est inexcusable et méritait une protestation! C'est au nom de la civilisation que nous la faisons entendre, au nom du corps médical tout entier. Bien persuadé, d'ailleurs, que cela n'attiédira pas son zèle. Les médecins nous ont habitués à trop d'abnégation d'eux-mêmes pour que nous en doutions.

Il est bon de dire cependant à quel point les braves habitants de la Bouilladisse ont poussé leur appréhension et les deux exemples suivants en donneront une idée :

Un des deux hommes qui suivaient le corps de M. Dromart est un maçon. La veille, devant aller faire quelques réparations chez un propriétaire de l'endroit, il y avait apporté ses outils. Or, ce dernier ayant appris que le maçon avait accompagné le dé-

passer en revue, devant vous, les actes de l'Association pendant l'année écoulée, ma première pensée, mes premières paroles ne s'adressaient pas à celui que je dois retrouver dans toutes les manifestations de notre Œuvre, à chaque page de son histoire, au premier rang de ses bienfaiteurs, toujours zélé, témoignant, en toutes circonstances, de la jeunesse de son cœur et de l'ardeur de son affection pour l'Association générale. Tout à l'heure, Messieurs, vous voudrez, j'en suis sûr, par une adresse couverte de vos signatures, exprimer au cher Président, réélu une quatrième fois, votre profonde reconnaissance pour ses éminents services, pour ses libéralités tant de fois répétées, pour ses libéralités d'hier, plus touchantes encore, je le sais, en raison des circonstances où elles ont été faites; vous voudrez exprimer votre sympathie pour les souffrances physiques et morales que lui infligent la maladie et surtout l'éloignement auquel elle le condamne à cette heure; vous lui direz vos vœux ardents de confrères, de collègues et d'amis, pour le prompt rétablissement d'une santé qui nous est chère, et le retour, parmi nous, à notre tête, de celui en qui l'Œuvre a mis, depuis tant d'années, une confiance si hautement méritée, des espérances si noblement justifiées. Le Président, que l'Association vient de réélire avec bonheur, trouvera dans cette nouvelle marque d'attachement, de gratitude et de sympathie, la force de triompher de la maladie, et, dans cette *transfusion* de nos sentiments et de notre bien vive affection, il puisera comme une nouvelle jeunesse et un regain d'ardeur, pour servir, longtemps encore, cette Association tant aimée...

I. — Vous me permettrez d'abord, Messieurs, de faire revivre ici le souvenir de plusieurs dignitaires que l'Association a perdus cette année. Ils sont, hélas! bien nombreux... (Ici, M. Riant retrace en termes éloquents la vie et les œuvres de MM. Gavarret, Pénard, Duménil, Félix, Rouget, Demange, Theüs, Sanderet de Valonne, Barbrau.)

II. — Le développement de l'Association continue sa marche progressive, comme il arrive pour toute Œuvre qui ne cesse de s'affirmer par ses bienfaits, et trouve chez ses représentants d'ardents apôtres, dont le zèle ne se dément pas. Le recrutement de nos associés se fait dans des conditions satisfaisantes : nous comptons cette année, d'après les derniers renseignements, trois cent quinze nouveaux confrères.

Des Sociétés locales nouvelles sont venues grossir notre faisceau d'Associations agrégées.

L'an dernier, je vous citais la création prochaine d'une Société des médecins de l'Inde française, à Pondichéry. Aujourd'hui, ce n'est plus seulement une espérance. Je suis heu-

---

funt, et dans la crainte de se trouver en contact avec lui, les déposa devant sa porte que l'ouvrier trouva fermée quand il se présenta pour travailler!

Mais voici qui est plus fort encore. De la maison mortuaire le corps a été porté en terre sans passer par l'église. M. le curé, à qui nous en avons exprimé l'étonnement, nous a textuellement répondu :

— Si le corps de M. Dromart avait passé par la paroisse, la chapelle eût été déserte pour un service solennel qui a eu lieu dans la matinée. Vous aurez une preuve de la terreur qu'inspirent les maladies contagieuses à notre brave population, si vous savez que certaines de mes pénitentes ne feront pas leurs Pâques cette année, parce qu'elles n'osent pas venir se confesser à moi qui ai administré M. Dromart! Et M. le curé a ajouté : « Mais, de cela, je vous prie de n'en rien dire. » Qu'il nous pardonne de ne pas avoir gardé le secret, l'exemple est trop typique pour qu'il n'ait pas les honneurs de la publicité.

Il n'y a cependant que trente kilomètres de Marseille à la Bouilladisse.

***

Découverte d'un bronze antique dans le sol du vieux Paris.

M. Eug. Toulouze, dont nos lecteurs connaissent bien les travaux intéressants sur les instruments anciens de chirurgie trouvés dans les décombres du vieux Paris, a bien voulu nous remettre la note suivante, sur un instrument découvert récemment.

reux d'apprendre à l'Assemblée que la Société de l'Inde française est constituée; ses statuts ont été approuvés par le Gouverneur. La Société fonctionne.

Si les délais postaux ne m'ont pas permis de vous renseigner aujourd'hui sur les détails de son fonctionnement, j'espère les recevoir à temps pour que la Société de l'Inde française figure dans l'Annuaire avec son personnel, l'état de ses ressources et des services qu'elle a déjà rendus.

Je m'empresse d'ajouter que le territoire de la mère-patrie n'a pas voulu être en reste avec notre colonie.

Le 17 juin dernier, la réunion en Congrès des médecins de la Manche a voté, à l'unanimité :

1° Une Association des médecins de la Manche, qui prendrait le titre d'*Association départementale des médecins de la Manche;*

2° L'affiliation de cette Société à l'Association générale des médecins de France.

Quelques difficultés administratives, provenant d'une erreur dans la désignation de la catégorie de Sociétés de secours mutuels à laquelle appartient l'Association générale, ont seules retardé la solution de cette question.

Tout est réparé; nous comptons une nouvelle Société sœur, et l'heure est venue, Messieurs, de vous convier à adresser, au nom du Conseil et de cette Assemblée, un hommage de sympathique bienvenue à nos confrères de la Manche et à leur président, le docteur Bernard (de Saint-Lô).

III. — Vous le voyez, Messieurs, les hommes, les bonnes volontés ne nous manqueront pas.

Vous avez appris, par le Rapport de M. le Trésorier, que les ressources financières de l'Association sont dans un état des plus prospères... (L'orateur cite les principaux chiffres du Rapport de M. Brun.)

De l'énoncé de ces chiffres, je ne veux tirer que deux conclusions :

Nos bienfaiteurs ne se relâchent pas de leur générosité; d'autre part, nos pensions sont toujours en grande faveur, car les demandes augmentent chaque année, dans une proportion qui ne saurait manquer de vous frapper.

C'est un pieux usage, mes chers collègues, que d'exprimer devant vous, chaque année, notre gratitude pour les donateurs et les bienfaiteurs de l'Association. Je ne voudrais pas, même pour une fois, manquer à cette tradition.

Il n'est pas là, et vous ne vous en apercevrez que trop en m'entendant, celui qui

---

« Poursuivant nos explorations archéologiques dans le sol du vieux Paris, nous venons de recueillir, non loin du Panthéon, un petit instrument en bronze qui devait avoir un emploi dans la médecine opératoire. Ce curieux monument a été découvert au milieu de débris de l'industrie lutécienne tels que fragments de vases de bronze, os travaillés et tournés, poids en pierre, fondations d'habitations gallo-romaines conservant encore la trace de peintures décoratives, monnaie romaine, monnaies nationales gauloises, fragments de poteries sigillées portant de beaux reliefs, quelques marques d'atelier (*sigillum*), d'une pureté remarquable : LICINVS, APRONIV, etc., etc.

« C'est en février au milieu de nos documents antiques que nous rencontrâmes un petit instrument en bronze fort curieux de forme et qui intéressera certainement les savants qui ont étudié notre trousse de médecins du IIIe siècle publiée dans l'*Union médicale*.

« Notre petit monument mesure 115 millimètres de longueur totale; la tige formant extrémité manuelle mesure 55 millimètres de longueur et se termine par une sorte de petite cuvette (auriscalpium) (1) de 6 millimètres; elle a été faussée et a dévié de sa direction normale. Le côté opposé était formé de deux presselles, il n'en reste qu'une possédant encore le coulant qui les reliaient toute deux et qui permettait de les abandonner à elles-mêmes afin de leur donner plus d'écartement ou de les serrer de façon à ce qu'elles pussent se toucher, en un mot se réunir vers le mors à bords mousses et de pincer ou saisir l'objet sur lequel le médecin fixait son attention. . . .

(1) L'auriscalpium était une sonde de chirurgien pour l'oreille (*Scribon*, compos. 230).

avait si bien dire et si finement remercier les bienfaiteurs de l'Association, celui qui rehaussait la valeur des dons d'autrui, tant il savait les mettre en lumière! — après les avoir merveilleusement provoqués par sa parole et par son exemple.

Paroles fécondes! Exemples entraînants! Appels irrésistibles! Combien de fois leur éloquence persuasive a-t-elle été toucher des cœurs jusque-là étrangers à la sensation du doux besoin et à la suave jouissance de donner! Mais, pour produire ces merveilles d'apostolat, il faut être soi-même ce qu'a toujours été notre cher Président, une âme aussi élevée que compatissante, un esprit aussi fin que charmant.

Heureusement, Messieurs et chers collègues, vous suppléerez à mon insuffisance. Vous qui avez fait de cette Œuvre la grande pensée charitable de votre vie, vous trouverez dans vos cœurs reconnaissants, le sentiment qui convient pour remercier dignement ceux dont les libéralités vous permettent, chaque année, de faire le bien dans une si large mesure.

Pour moi, entre beaucoup d'autres noms que je trouve en tête de la liste de M. le Trésorier, je citerai ceux de MM. Lannelongue, Millard, Marjolin, déjà proclamés les années précédentes; mais leurs générosités nouvelles appellent de nouvelles mentions, que notre gratitude se plaît à reproduire, en votre nom à tous, mes chers collègues, et surtout au nom des confrères malheureux, dont ces honorables bienfaiteurs nous aident à soulager la détresse. Une mention particulièrement touchante est adressée par nous à notre cher et vénéré Président, M. Roger. A 1,200 francs de rente antérieurement donnés à la Caisse des pensions, à sa cotisation perpétuée, notre Président a ajouté un nouveau don. J'ai reçu de sa main un titre de 100 francs de rente 3 p. 100, destiné à notre Caisse des pensions. J'ai remis ce titre à M. le Trésorier. Quant aux paroles et à l'effusion de cœur qui accompagnaient ce don, ceux qui connaissent si bien les sentiments de M. Roger n'ont pas besoin que je les leur traduise. Je demanderai à cette Assemblée d'adresser la bien vive et bien profonde expression de sa gratitude envers ces admirables récidivistes de la bienfaisance confraternelle, que nous ne nous lassons pas plus de remercier et d'acclamer, qu'ils ne se lassent eux-mêmes de verser les trésors de leur féconde et inépuisable générosité à la Caisse des pensions ou à la Caisse générale.

IV. — Le temps n'a point été perdu non plus pour la défense de nos intérêts professionnels. Si les solutions ne se produisent pas aussi rapidement ni aussi complètes que nous le désirons tous, du moins ce ne sont ni les efforts ni les démarches qui ont

---

« Les extrémités formant pince mesurent 4 millimètres de largeur; elles sont courbes, réunies par le coulant, elles forment, vues de face, un petit cercle de 4 à 5 millimètres de diamètre.

« Ainsi que tous les instruments découverts par nous au *mons Glandiolus* près de Saint-Marcel (XIIIe arrondissement de Paris), notre petit monument est d'une seule pièce taillée dans le bronze. L'opérateur pouvait saisir des corps étrangers introduits dans les chairs, les extirper, puis avec l'auriscalpium en forme de petite pelle ovale et légèrement concave, il pouvait nettoyer et déblayer. Semblable aux instruments de la trousse du IIIe siècle, l'extrémité manuelle est décorée de fines moulures et de facettes artistement taillées au point de fixation d'où partent les deux presselles; l'usure que présentent par suite du glissement, les angles intérieurs du coulant de bronze semble nous indiquer son long usage entre les mains du praticien; le coulant mesure sur chaque face en développement de 5 millimètres, enfin la rupture d'une des presselles explique pourquoi il avait été abandonné et comment il était venu échouer au milieu des ordures ménagères de ce dépôt d'immondices ou voirie romaine, témoin dans notre vieille Lutèce de ces âges antiques qu'elle nous a permis de reconstituer dans leurs coutumes et dans leurs différentes manifestations aussi bien industrielles qu'artistiques et dont il ne reste plus aujourd'hui que la simple description d'un explorateur soucieux d'apporter de nouveaux documents à l'histoire de sa ville natale. »

Tous nos compliments à l'explorateur qui, plus heureux que beaucoup de ses collègues, trouve des choses intéressantes presque à l'ombre du Panthéon. SIMPLISSIME.

fait défaut. Tantôt, il nous faut compter avec l'indolence des bureaux et des administrations; tantôt, avec les interminables délais que nous oppose la marche des pouvoirs publics. Nos intérêts en souffrent; notre zèle n'en est pas ralenti.

En tout ce qui dépend d'elle, même en partie seulement, l'Association peut encore, quand elle le veut, réussir dans ses tentatives de réforme. Il me serait facile d'en citer plus d'un exemple... (L'orateur signale les résultats obtenus dans la répression de l'exercice illégal, et les actes utiles des Sociétés de la Gironde, du Doubs, de l'Yonne, des Côtes-du-Nord, du Rhône, auxquels se trouvent mêlés les noms des docteurs Gauderon, Bergeret, Chavance, Guibert, Diday.)

On ne saurait trop louer le zèle avec lequel, partout, les membres de nos Conseils judiciaires donnent leur concours à l'Association.

Quand nos très dévoués avocats ne plaident pas pour nous, quand ils ne sont pas occupés à nous épargner un procès à l'issue trop douteuse, ils consacrent leur talent et leur éloquence à nous instruire.

Aux faits déjà cités, je n'en veux ajouter qu'un. La Société de la Gironde tient-elle une Assemblée générale à Blaye, comme cette année, on voit Me Duthil y faire une conférence à la fois savante et pratique sur le *flagrant délit.*

Ce ne sera pas, Messieurs, un des moindres bienfaits de l'Association, entre tant d'autres, que d'avoir inauguré, entre avocats et médecins, d'excellents rapports de courtoisie et d'amitié, fondés sur une estime réciproque, et, de notre part, — que nos Conseils judiciaires en soient bien assurés! — sur une très sincère reconnaissance. Votre Secrétaire général est doublement heureux de répéter ici les témoignages de cette gratitude, au nom ou à l'adresse de ses collègues ou de ses confrères *in utroque.*

V. — De l'activité du Conseil général et des rapports qu'il a eus avec les pouvoirs publics, je voudrais vous entretenir encore, mais sans donner à ce Compte rendu, déjà trop long, des dimensions excessives.

Il est d'abord deux détails d'administration intérieure dont je dois dire un mot, parce qu'ils touchent, l'un et l'autre, à l'intérêt général.

J'ai à vous signaler un mouvement dans le personnel de notre Conseil judiciaire. Vous apprendrez avec regret la démission de Me Vannesson, un collègue dont, chaque année, nous nous plaisions à louer le dévouement et le concours désintéressé.

L'Association est assurée de trouver chez Me Deligand et Me Liouville, le premier, gendre de M. Bucquoy, le second, neveu de M. Horteloup, la science spéciale à laquelle les médecins ont assez souvent besoin de recourir. Elle trouvera aussi, auprès de ses nouveaux conseillers, le sympathique intérêt, qui de la famille de nos chers collègues, s'étendra bien vite à notre grande famille confraternelle. Je vous demande de les accueillir tous deux, avec la même faveur et la même reconnaissance qu'ils ont trouvées auprès du Conseil général, quand ils ont bien voulu mettre à sa disposition leur généreux concours. Leurs consultations ne nous seront que plus précieuses, pour être signées de noms déjà si honorablement connus au barreau, à la Faculté de médecine et parmi nos collègues...

De sérieuses études témoignent de l'intérêt que les Sociétés ont porté à l'examen des deux importantes questions que le Conseil général leur avait soumises. La *réorganisation de la médecine légale* a rencontré un peu de confusion dans certains esprits, qui ne parvenaient peut-être pas à dégager bien nettement la question nouvelle de celle qui avait été traitée l'an dernier; — et puis, on ne voyait pas sans quelque défiance, l'Association aller plus loin dans l'étude de la réforme en médecine légale, tant que la plus essentielle de toutes, celle des *tarifs*, ne paraissait pas encore avoir suffisamment attiré l'attention des pouvoirs publics. De là quelques réserves, relativement à cette question.

M. le docteur Motet vous rendra compte demain des réponses transmises par les Sociétés locales, et l'auteur du rapport à la fois si ferme et si mesuré sur les tarifs des médecins-légistes, saura dégager de cette enquête la formule qui répond le mieux aux intérêts de l'enseignement de la médecine légale, aux intérêts de la justice et de la profession.

En ce qui concerne l'*Assurance-maladie*, nous nous sommes conformés à la décision de la dernière Assemblée générale. Une circulaire du Conseil du mois de mai 1890 annonçait le maintien de la question à l'étude, et convoquait pour le troisième vendredi d'octobre (17) les membres de la commission spéciale : MM. Hérard, Brun, Bucquoy, Lereboullet, Vannesson, Horteloup, de Ranse, — auxquels étaient invités à se joindre : MM. Gibert (du Havre), Hameau (d'Arcachon), Lande (de Bordeaux), Gassot, Lagoguey (de Paris), Cézilly (de l'Oise), Lécuyer (de Beaurieux), Mignot, Rougon (de la Nièvre), Audiguier (de la Haute-Garonne), Surmay (de Ham).

La circulaire du 15 novembre 1890, informait MM. les Présidents, Secrétaires et Trésoriers des Sociétés locales, des décisions prises par le Conseil général, sur les propositions faites par la Commission, dans la séance du 17 octobre.

Pour faciliter l'étude, et conformément à la décision prise le 17, le Conseil général mettait sous les yeux des membres de l'Association, à titre d'exemple, le projet de la Gironde, ainsi que les amendements tirés du projet de l'Oise. Le Conseil général appelait particulièrement l'attention sur les questions de *cotisation*, de *finances* et de *contrôle*; il indiquait, d'après les auteurs de projets, le chiffre minimum de cotisation, suivant le taux de l'indemnité, et sollicitait les réponses des Sociétés locales aux trois questions relatives : 1° à la création d'une caisse d'assurance; 2° au nombre prévu d'adhérents; au concours éventuel des Présidents et Trésoriers à l'œuvre nouvelle.

Ce sont les résultats de cette enquête que vous présentera demain M. Lereboullet. A lui d'analyser, dans le détail, ces *Cahiers* de nos Sociétés locales, ces réponses, ces projets nombreux, variés, d'une conciliation peu facile; à lui de vous soumettre, avec toute autorité, les conclusions de la Commission sur une question longuement étudiée.

Les Sociétés de la Loire-Inférieure, de l'Indre, des Côtes-du-Nord, de la Mayenne, du Tarn (Castres), ont fait parvenir au Conseil général une série de vœux nouveaux. M. Worms — au nom d'une Commission composée de MM. Durand-Fardel, Horteloup et Worms, rapporteur — vous fera connaître demain le texte de ces vœux, et soumettra à l'Assemblée générale les conclusions de la Commission, relativement à la question de prise en considération.

Et, maintenant, je dois répondre à ceux de nos confrères qu'irritent toujours — en dépit de l'expérience acquise — les lenteurs administratives, à ceux qui non seulement regrettent que « la question des tarifs n'ait pas fait un pas », mais qui vont jusqu'à tout appréhender en présence de ces retards.

Ai-je besoin de vous dire qu'il ne dépendait pas du Conseil général d'obtenir une solution plus prompte ! Ses démarches ont abouti — vous l'allez voir — à un engagement formel de M. le Ministre, relativement au règlement d'une question qui nous intéresse tous... (L'orateur expose les relations qu'a eues à ce sujet le Conseil général avec le ministère de la justice.)

Depuis la première année de son fonctionnement jusqu'en 1890, l'Association, indépendamment de son action morale sur le corps médical français, indépendamment de l'union et de la solidarité créées par elle, entre les plus grands et les plus humbles de la profession, l'Association, dis-je, a donné deux témoignages indiscutables de sa bienfaisante influence, sous la forme de deux ordres de libéralités : 1° Des secours temporaires, accidentels, aux médecins, à leurs veuves, à leurs enfants; 2° des pensions d'assistance pour les confrères atteints par l'âge, la maladie, incapables de se suffire.

Comme vous, Messieurs, j'entends, chaque année, avec une admiration toujours nouvelle, les rapports de M. le Trésorier et de la Commission spéciale, qui nous font connaître avec quelle largesse croissante l'Association distribue ses secours et ses pensions.

Mais l'Œuvre a déjà plus de trente ans d'existence. La distribution de ses *secours* est contemporaine de sa fondation. Celle des *pensions*, vous le savez, date de 1874.

Pour connaître très exactement ce que représentaient ces trente années de secours, et ces dix-sept années de pensions délivrées à ceux de nos confrères en position de les recevoir, j'ai dressé un tableau dans lequel on trouve, année par année, ici le chiffre de secours accordés, là le chiffre des rentes constituées en faveur de nos pensionnaires. Vous lirez, je l'espère, avec intérêt, ces détails dans l'Annuaire. Ici, pour résumer les éléments de ce tableau, il me suffira de vous donner trois totaux : celui des secours, de 1861 à

1890; le nombre des confrères pensionnés par l'Association; celui des pensions accordées, de 1874 à 1890.

Le premier total (celui des secours) représente une somme de 1,041,006 fr. 58. Le second nous apprend que vous avez donné, jusqu'ici, 221 pensions, sans compter plus de 100 augmentations.

Le troisième total (celui des pensions) représente 122,100 francs de rente; mais vous observerez que chaque pension a profité, pendant quatre ou cinq ans, en moyenne, à nos pensionnaires.

Si vous additionnez les deux chiffres formant le total des secours et celui des pensions, en faisant subir au dernier la rectification résultant de cette donnée statistique, vous apprenez, non sans quelque fierté et sans quelque satisfaction de conscience, que, depuis son origine, l'Association a mis à la disposition des confrères malheureux une valeur d'environ 1,500,000 francs!

Comment l'Association générale a-t-elle pu faire face à de pareilles distributions?

Elle a reçu d'abord nos très faibles, mais heureusement très nombreuses cotisations de 12 francs (il n'y a pas de Société de secours mutuels demandant à ses membres une si faible somme!) L'Association les a reçues pendant trente-trois ans.

Il faut ajouter à ce revenu les dons et les legs faits à l'Association.

Les legs, vous en connaissez le nombre et l'importance. L'Annuaire énumère ces libéralités, et en regard nous citons, chaque année, avec honneur et reconnaissance, les noms des nombreux bienfaiteurs de l'Œuvre. Si l'on réunit les sommes entrées, de ce chef, dans la Caisse générale de l'Association (indépendamment des legs de nues propriétés et des legs acceptés, mais non encore touchés) aux autres libéralités faites à l'Association générale, et spécialement à sa Caisse des pensions d'assistance, on arrive à un total de près de 900,000 francs, d'après les données du dernier Annuaire (1890).

Il faudrait ajouter les dons manuels, qui montent, en moyenne, à 10,000 francs chaque année.

Je n'aurais pas tout dit si j'omettais de rappeler une autre source de richesse, — à savoir, que cette fortune a été administrée avec un soin, une vigilance, un talent et une générosité qu'il appartenait à M. Brun seul de pouvoir, pendant une période de trente-trois années, mettre au service de l'Association.

VI. — Après la lecture de ces chiffres, après l'exposé de ces richesses et de ces bienfaits, je ne sais quel est, mes chers collègues, le sentiment qui s'empare de vous.

Pour moi, si je considère l'Association qui a accumulé ces trésors et les a versés sur nos confrères malheureux, je ne puis me défendre d'une sincère admiration à l'égard de cette Œuvre de réparation providentielle.

Si je tourne mes regards vers l'abîme des misères professionnelles, je constate que tant de largesses, tant de sacrifices ne l'on point encore comblé. C'est un fait, Messieurs. Il n'est que trop prouvé, par la correspondance qui passe sous mes yeux, par les demandes de secours et de pensions.

Votre générosité, j'en ai la certitude, viendra en aide à nos efforts pour triompher de ces souffrances.

Mais ce n'est pas tout!

Notre vigilance constate que d'autres besoins s'accusent, que des réclamations, d'un ordre plus complexe, d'une satisfaction plus difficile, se produisent. De là ces propositions, ces réformes, sur lesquelles vous appelez, chaque année, notre sollicitude.

Combattre la misère, c'est bien.

Mais la prévenir, mais former, autour de nos associés, trop imprévoyants, comme une barrière qu'elle ne puisse jamais franchir, supprimer le risque du chômage, par exemple, n'est-ce pas mieux? Quel idéal de rêver pour eux tous l'aisance, de chercher à réaliser ce rêve, de tenter d'*assurer* à chacun le bien-être, sous l'une ou l'autre des formes et par les moyens variés que suggèrent le progrès, l'évolution sociale!

Voilà la vraie, la très grande question qui se pose devant nous. S'agit-il d'un seul problème, d'une formule unique, que l'on peut juger diversement? Non. Cette idée de prévoyance généreuse. il y a plus d'une forme pour la traduire; mais il n'y a qu'un sen-

timent pour s'y rallier. Cette union, cet accord, c'est le terrain favorable trouvé; le bon grain ne tardera pas à y germer.

L'Œuvre a tant fait pour la profession! Que ne fera-t-elle pas encore?

L'honneur est grand d'être ainsi appelés par la confiance du corps médical à compléter notre tâche.

Tous, Messieurs et chers collègues, tous nous voulons travailler à l'achèvement de notre Œuvre; nous le voulons sans hésitation, mais sans rien précipiter, sans rien livrer à l'aventure, parce qu'il ne s'agit pas d'entreprendre; il s'agit de réussir.

Ce ne seront pas les bonnes volontés qui feront défaut.

Jamais l'Association n'a été plus attentive aux bruits du dehors, aux aspirations du corps médical; nul — qu'on le sache bien — n'attache plus d'intérêt que nous aux conceptions et aux formules modernes de la mutualité et de la solidarité professionnelles.

Forte de sa charte si large, si libérale, forte de l'union de ses huit mille associés, notre Œuvre a toujours dans ses voiles ce souffle de jeunesse et de générosité qui, depuis trente-deux ans, n'a jamais cessé de la porter en avant. Ayons donc confiance et ne doutons pas que, grâce à notre sagesse, elle n'arrive à concilier la sécurité et le respect des engagements pris, avec la satisfaction des légitimes espérances du corps médical.

Après ce discours chaleureusement accueilli, l'Assemblée nomme par acclamation les membres de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892, et les membres du Bureau dont le mandat quinquennal est expiré. Les membres du Conseil arrivés au terme de leur exercice sont réélus à la suite d'un vote par appel nominal et scrutin à la tribune. Nous avons donné tous ces noms dans l'*Union médicale* du 7 avril.

La séance se termine par la première partie du rapport de M. PASSANT sur les pensions viagères, qui propose d'accorder en 1891 dix-neuf pensions nouvelles de 600 francs.

Deuxième séance.

La séance est ouverte à deux heures et demie. Après le vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale et l'approbation des comptes du Trésorier, la parole est donnée à M. Passant pour lire la deuxième partie de son rapport sur les pensions viagères. Les conclusions de ce rapport sont votées.

L'Assemblée écoute ensuite l'*Exposé de l'enquête sur la question de l'assurance en cas de maladie*, par M. Lereboullet. Une discussion s'engage entre MM. Lagoguey, Hameau, Magnan, Lande, Lereboullet, Surmay, Pojolat, Morillot, Langlet, Brouardel et Lannelongue. Il est décidé que le Conseil général, s'inspirant de l'esprit des propositions formulées par MM. Hameau et Surmay, poursuivra l'étude de la question, et cherchera les moyens de créer, sous le patronage de l'Association, mais sans engager sa responsabilité financière et sans modifier ses statuts, une caisse d'*indemnité en cas de maladie*.

Sur le rapport de M. Worms, l'Assemblée prend en considération les vœux suivants :

A. — *Que le Conseil général agisse auprès des Compagnies de chemin de fer, afin d'obtenir le transport à demi-tarif des membres des Sociétés locales se rendant aux réunions de leurs Sociétés, comme elles l'ont accordé aux Délégués qui se rendent aux Assemblées générales* (Soc. de la Côte-d'Or).

B. — 1° *Les travaux des Sociétés locales, ainsi que les vœux qu'elles émettront à l'avenir, devront être remis au Bureau de l'Association générale deux mois avant la réunion générale, afin de donner le temps aux rapporteurs de les étudier, de préparer leurs rapports, et de communiquer ces rapports en temps opportun aux Délégués.*

2° *Ces rapports, ainsi que les vœux exprimés par les Sociétés locales, seront envoyés aux Présidents des Sociétés locales, quinze jours au moins avant la réunion générale, afin que les Sociétés puissent délibérer et charger leurs Délégués de leurs décisions.*

3° *Les vœux des Sociétés locales seront discutés dans la dernière séance, mais avant la lecture du dernier rapport, dans le but de donner tout le temps nécessaire pour les discuter* (Soc. de la Loire-Inférieure).

C. — *La Société de Castres exprime le vœu de voir un plus grand nombre de médecins de la province faire partie du Conseil général.*

Les vœux suivants ne sont pas pris en considération :

A. — *L'Association générale prêtera son concours le plus large à la création ou au développement des œuvres suivantes :*

1° *La Caisse de secours en cas de maladie;*

2° *La Caisse des pensions de retraite du corps médical français;*

3° *La Caisse dite des victimes du devoir professionnel* (Soc. de la Loire-Inférieure).

B. — 1° *L'Assemblée générale de l'Indre exprime son regret de ne pas voir créer entre médecins une Caisse de retraite qui pourrait fonctionner dans des conditions plus avantageuses que celles offertes par les Compagnies d'assurances sur la vie.*

2° *La Société de l'Indre rappelle au Conseil général le vœu de la Société des Landes tendant à obtenir du pouvoir la mise à exécution du nouveau tarif d'honoraires de médecine légale.*

C. — *Qu'en attendant l'élévation uniforme du taux de la pension, le Conseil général veuille bien, dans la mesure des ressources disponibles, augmenter les pensions de nos plus malheureux confrères* (Soc. des Côtes-du-Nord).

La séance se termine par la lecture du rapport de M. Motet *sur le vœu de la Société des Landes pour une nouvelle organisation de la médecine légale.* Les conclusions de ce rapport, relatives à la revision du tarif de 1811, et à la création, dans chacune des Facultés de médecine de France, d'un enseignement supérieur de la médecine légale, ayant pour sanction un diplôme spécial délivré par le ministre de l'instruction publique, sont adoptées à l'unanimité.

Diagnostic du bégayement.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 février 1891

Par M. le docteur Chervin, directeur de l'Institut des bègues de Paris.

Il y a, tous les ans, mille conscrits environ qui sont exemptés du service militaire pour cause de bégayement. Ce qui permet d'évaluer à près de 150,000 le nombre des bègues des deux sexes et de tout âge existant en France.

Il semblerait donc, étant donnée sa fréquence, que le bégayement est une maladie bien connue, bien déterminée, dont le diagnostic est facile non seulement pour les médecins, mais encore pour les gens du monde.

Il n'en est rien. Je constate que chacun a une conception particulière du bégayement. Pour les uns, le bégayement est caractérisé par la répétition des syllabes; pour d'autres, au contraire, il consiste dans un arrêt plus ou moins marqué dans l'articulation. Pour la grande majorité, il est d'autant plus grave que la difficulté de parler est plus accentuée.

Bien plus, je reçois à chaque instant la visite de personnes qu'on m'annonce comme atteintes d'un trouble de la parole ayant quelque analogie avec le bégayement, mais on s'empresse de me dire que ce n'est qu'une ressemblance et qu'il ne s'agit nullement de bégayement.

Après examen du sujet, mon diagnostic est, au contraire, presque toujours : bégayement.

Cette erreur provient, d'une part, de ce que le bégayement n'a pas eu, jusqu'ici, les honneurs d'une description dans les traités classiques de pathologie et de pédiatrie.

D'un autre côté, je crois que les acceptions diverses du mot *bégayement* dans notre langue contribuent à embrouiller un peu les idées sur ce qu'on doit entendre au juste par ce mot. En effet, ne désigne-t-on pas, sous le même nom de bégayement, toutes les hésitations quelconques de la parole, depuis les premiers essais de langage du bébé et la parole incertaine de ceux qui ne savent pas bien ce qu'ils veulent ou ce qu'ils doivent dire, jusqu'à la parole embarrassée des paralytiques généraux et le bégayement authentique et véritable lui-même? N'a-t-on pas décrit le bégayement dans d'autres organes que ceux de la parole?

Il n'est donc pas inutile d'indiquer, en quelques mots, mais d'une manière précise, à quels signes il faut reconnaître le bégayement considéré comme défaut de prononciation et susceptible comme tel de guérison par des exercices méthodiques et raisonnés de gymnastique des organes de la parole.

Je n'ai pas l'intention de faire ici un cours sur le bégayement ni de décrire tous les phénomènes qu'il présente, je désire seulement indiquer les signes caractéristiques qui permettent d'affirmer ou de nier l'existence du bégayement dans un cas donné.

Cette description me paraît d'autant plus nécessaire et opportune que deux médecins distingués, M. le docteur G. Ballet (de Paris) et M. le professeur A. Pitres (de Bordeaux), viennent, chacun de leur côté, de décrire une forme de bégayement à laquelle ils ont donné le nom de bégayement hystérique. Or, pour tout lecteur impartial, il est absolument évident que les cas de M. Ballet (1) n'ont aucune ressemblance avec le cas de M. Pitres (2). Et j'ai l'intime conviction que, dans tous les cas cités, il ne s'agit pas de bégayement hystérique.

J'ai donc cru utile de réagir, de peur qu'à l'abri de la notoriété scientifique de nos éminents confrères, le bégayement hystérique ne fît un trop rapide chemin dans le monde médical.

Que faut-il donc entendre, à l'heure actuelle, par bégayement?

« Le bégayement — dit M. le docteur Moutard-Martin (3) — est un état choréique intermittent des appareils qui président à la phonation articulée, l'acte respiratoire y étant compris. »

A cette définition très simple et très exacte, j'ajouterai cependant quelques explications dans le but de permettre un diagnostic différentiel facile entre les cas de bégayement hystérique de MM. Ballet et Pitres et le bégayement ordinaire.

Il importe, en effet, d'une part, de beaucoup insister sur le caractère intermittent présenté par le bégayement; c'est, en quelque sorte, un signe pathognomonique de cette affection. Tel, qui lira et parlera des heures entières sans bégayer, ne pourra pas, tout d'un coup, à quelques minutes d'intervalle, articuler la moindre syllabe sans la plus grande difficulté. Il y a des sujets qui ne bégayent qu'avec les membres de leur famille et jamais

(1) In *Archives de neurologie*, juillet 1890.

(2) *Revue de laryngologie*, 1er décembre 1890.

(3) Rapport à l'Académie de médecine sur la méthode Chervin pour le traitement du bégayement par M. Moutard-Martin, membre de l'Académie (In *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 25 août 1874).

avec des étrangers; pour d'autres, c'est l'inverse qui se produit. Mais, en règle général, l'intermittence est notoire chez tous.

D'un autre côté, il existe toujours des troubles respiratoires plus ou moins importants, plus ou moins variés, plus ou moins marqués.

Le rythme respiratoire comprend trois temps parfaitement distincts : le repos, l'inspiration, l'expiration. Faute de respecter ce rythme dans toute sa régularité, la phonation est troublée. Or, certains bègues veulent parler pendant l'inspiration, à la manière des ventriloques. D'autres parlent pendant l'expiration, comme il convient; mais tandis que ceux-ci laissent échapper une partie du courant d'air expiré sans parler, et ne sont prêts pour la parole que lorsque leur provision d'air est épuisée ou à peu près, ceux-là expirent une partie de l'air dans les fosses nasales, si bien qu'il n'en reste plus assez pour l'articulation normale par la bouche. D'autres, enfin, parlent avec une telle précipitation qu'ils suppriment le temps si important du repos, de telle sorte que très rapidement ils sont placés dans les conditions d'un coureur inexpérimenté : ils sont haletants, fatigués, à bout d'haleine et dans l'impossibilité absolue de continuer à parler.

J'ajoute encore qu'il est essentiel de faire remarquer que le bégayement ordinaire débute presque toujours de 3 à 7 ans, rarement plus tard, mais pour ainsi dire jamais après la puberté. Je me hâte de dire que, si le bredouillement suit habituellement cette loi, certaines formes particulières du bredouillement apparaissent dans l'âge adulte et dans certaines conditions toutes spéciales.

Quant aux causes du bégayement ordinaire, elles sont parfaitement connues : des convulsions, l'imitation volontaire ou involontaire, des chutes, des coups, des émotions violentes, etc. Le bégayement se développe le plus souvent peu à peu; quelquefois, il apparaît subitement, notamment à la suite de commotions cérébrales vives.

Je signalerai encore un symptôme caractéristique dont l'importance est telle qu'il permet quelquefois — à lui tout seul — de confondre un simulateur : le bégayement le plus accentué dans la parole disparaît toujours complètement dans le chant.

Enfin, je terminerai en disant que le bègue n'est ni plus ni moins intelligent que les autres, et que le bégayement n'est lié à aucun trouble des organes sensitifs ou moteurs.

Donc, voici quels sont les signes principaux du bégayement ordinaire :

1° Début dans l'enfance;

2° Troubles respiratoires plus ou moins marqués;

3° Intermittence;

4° Disparition totale dans le chant;

5° Indépendance absolue avec des troubles quelconques des organes sensitivo-moteurs.

Donc, laissant de côté la difficulté même d'articulation, qui n'est en quelque sorte que le décor, pour ne m'occuper que du fond même du sujet, je dirai que, toutes les fois qu'on rencontre ces symptômes, on peut faire le diagnostic bégayement. D'un autre côté, j'affirme que, si ces symptômes manquent, on n'a pas affaire au bégayement, mais à un autre trouble de la parole.

Or, en ce qui me concerne, je n'ai jamais vu l'hystérie déterminer le bégayement. Que certains bègues soient hystériques, je n'y contredis point, mais que l'hystérie ait causé le bégayement tel que je l'ai décrit plus haut,

c'est ce que je conteste formellement .. jusqu'à preuve du contraire Car j'avoue que les observations de M. Ballet ne m'ont nullement convaincu. Je n'hésite même pas à dire que, dans ma pensée, ses malades n'étaient pas atteints de bégayement.

Je puis encore moins accepter la théorie de M. Pitres, qui ne tend à rien moins qu'a faire du bégayement une manifestation symptomatique de l'hystérie.

Je crois — comme dit M. Grasset (de Montpellier)— qu'il y a quelque exagération à vouloir faire de l'hystérie « une sorte de *caput mortuum*, où on relègue et on introduit avec plus ou moins de peine tout ce que l'on ne peut pas faire rentrer ailleurs en nosologie.

« L'hystérie est une maladie bien nette, bien séparée des autres, ayant des caractères scientifiquement établis. »

Je viens de montrer que le bégayement a, lui aussi, une symptomatologie bien nette, et je ne vois nulle nécessité de faire appel à l'hystérie pour expliquer les phénomènes qu'il présente.

Cinquième session du Congrès français de chirurgie

QUESTIONS DIVERSES (Suite).

Hystérectomie par la voie sacrée. — M. TERRIER a pratiqué cette opération dans deux cas : l'un de cancer du corps, avec utérus volumineux et envahissement de la partie supérieure du vagin ; l'autre de cancer du corps, avec envahissement du ligament large. Dans le premier cas, la malade guérit, malgré une eschare ; dans le second, la voie étant trop étroite, on ne vit pas bien ce qu'on faisait et on lia les deux uretères. Mort au cinquième jour. M. Terrier croit que c'est une opération d'exception et non de choix, bonne quand le vagin est atrophié, le col effacé, le corps volumineux, adhérent, les ligaments larges infiltrés. C'est une opération certainement difficile. Le procédé de Roux (de Lausanne) est bon, il faut faire une résection osseuse large et temporaire.

M. ROUX en fait aussi une opération d'exception. Par son procédé, on a un jour très grand, permettant de voir jusqu'à l'ombilic et la ligature de l'uretère est rare. Il n'a eu qu'une mort dans un cas où il avait dû réséquer en partie la vessie et l'uretère ; la suture de celui-ci n'a pas tenu.

Cancers utérins inopérables. — M. LEVRAT (de Lyon) propose, en pareil cas, les cautérisations au thermo-cautère et à la pâte de Canquoin.

Myomectomie abdominale. — M. TERRILLON a fait cette opération avec traitement intra-péritonéal du pédicule vingt-huit fois, et extra-péritonéal vingt-six fois; dans chaque série il a eu trois morts. Pour la méthode extra-péritonéale, il a renoncé à suturer le pédicule à la paroi. Les trois morts sont dues à la septicémie. Pour la méthode intra-péritonéale, il emploie la ligature élastique; ce n'est pas une méthode universelle, mais elle convient aux pédicules pas trop gros et souvent courts. Un incident fréquent est l'élimination du fil par le vagin.

M. Terrillon met à part deux cas où, la tumeur une fois énucléée, il n'y eut pas de pédicule, le ligament large étant étalé autour de la tumeur comme un filet autour d'un ballon. L'une de ces malades est morte, l'autre, dont le fibrome pesait 32 kilogr., a guéri.

M. CHÉNIEUX (de Limoges) a fait cinq fois l'hystérectomie abdominale pour des tumeurs pesant 16, 12, 11, 10 et 7 kilog., a toujours rentré le pédicule et a eu un seul décès, dans un cas où un kyste gélatineux s'était préalablement rompu dans le ventre. Mais il combat l'usage de la ligature élastique en masse et lui préfère les ligatures en chaîne.

M. LERICHE (de Mâcon) présente un fibrome enlevé après échec de la galvanisation

chez une femme vierge en apparence, mais enceinte de quatre mois. La malade, opérée *in extremis*, est morte.

Hystérectomie abdominale et vaginale combinées. — M. Bouilly, dans certains cas de fibrome, conseille d'enlever par l'abdomen la tumeur, et, pour ne pas laisser de pédicule gênant et dangereux, de faire ensuite l'ablation du col par le vagin.

M. Pozzi rappelle que ce procédé a été employé par Bordenheuer, puis par Martin, qui a publié 30 cas, mais avec 8 décès. En Allemagne, on en est beaucoup revenu et peut-être M. Bouilly reculera-t-il, lui aussi, après expérience faite.

Abcès de pelvi-péritonite. — M. Reclus rapporte 4 cas de cette affection, consécutifs à des accouchements ou des fausses couches. La laparotomie médiane ou latérale permit d'évacuer tout le pus. Ces malades guérirent et deux d'entre elles sont redevenues enceintes, démontrant ainsi que les trompes n'avaient pas participé à l'inflammation.

M. Pozzi fait remarquer qu'une seule trompe aurait pu être malade sans empêcher la conception.

Curabilité de la péritonite traumatique post-opératoire. — M. Jullien (de Paris) a pratiqué la laparotomie pour une suppuration ancienne du petit bassin. A la suite est survenue une péritonite aiguë. Il rouvrit la plaie et lava le péritoine avec cinq litres de solution boriquée et un litre de solution phéniquée à 1 p. 100. Cette opération, renouvelée à quatre reprises, sauva la malade.

Double laparotomie à quatre jours de distance pour hémorrhagie. — M. P. Reynier (de Paris) fit cette opération chez une femme atteinte probablement de grossesse extra-utérine rompue, ayant présenté les signes d'une hémorrhagie interne grave. On dut s'arrêter à la première tentative, à cause de menaces de syncope. Des accidents de septicémie ayant éclaté, on ouvrit une seconde fois le ventre et on termina l'ablation des annexes, avec drainage vaginal et abdominal. La fièvre tomba au troisième jour et la malade guérit avec une fistule abdominale qui se ferma au bout de trois mois.

Blessures de l'uretère dans les laparotomies. — M. Pozzi rapporte les cas dans lesquels cet accident est arrivé, et donne la relation d'un cas personnel de ce genre. Dans ce cas, l'uretère, étant englobé dans la paroi postérieure d'une tumeur volumineuse du petit bassin, fut pris pour un nerf et coupé. On eut beaucoup de peine à reconnaître le bout supérieur, qui fut fixé dans l'incision abdominale. Ultérieurement, on enleva le rein droit, qui était sain, sauf deux points de néphrite interstitielle ancienne. Guérison. Ce fait montre qu'avec une bonne antisepsie, la fistulisation de l'uretère n'entraîne pas l'infection du rein et peut, par conséquent, être employée avec avantage lorsqu'on en trouve l'indication.

Malformation utérine avec hernie inguinale. — M. Roux (de Lausanne) a observé une femme de 36 ans, atteinte d'une hernie inguinale double, d'insuffisance du vagin et n'ayant jamais été réglée. Le coït était possible, agréable même quelquefois, mais la malade demandait à subir n'importe quelle opération pour chercher : 1° à satisfaire complètement son mari; 2° à être débarrassée de ses hernies; 3° à avoir des enfants, si possible. M. Roux diagnostiqua une double hernie ovarienne, avec atrésie vagino-utérine. Il doutait fort de pouvoir faire cesser la stérilité, mais il fit ce que désirait la malade. Il fit d'abord une laparotomie et fut tout étonné de trouver les ovaires dans le ventre. Ce qui était dans les hernies, c'était de chaque côté une corne utérine, adhérente à l'épine du pubis par le ligament rond. Le sac herniaire était complet. Cure radicale par deux incisions inguinales. Quelque temps après, le vagin fut reconstitué, et les deux conjoints s'en déclarèrent satisfaits.

Fibrome de la paroi abdominale. — M. Ledru (de Clermont-Ferrand) a enlevé avec succès une tumeur de ce genre, du volume du poing; il dut enlever une partie du péritoine de 8 centimètres sur 5.

Taille hypogastrique avec résection pubienne pour tumeur vésicale. — M. Heydenreich (de Nancy) a pratiqué cette opération dans un cas où la tumeur ne put être suffisam-

ment abordée après l'ouverture de la vessie. Après résection cunéiforme du pubis au ciseau, il put aisément détruire la tumeur au thermo-cautère. Mort au huitième jour de pyélonéphrite double ancienne. C'est une opération d'exception, mais ce fait prouve que, dans certains cas déterminés, elle est anatomiquement excellente.

M. Pozzi pense qu'en pareil cas, il faut, avant de recourir à cette brèche osseuse, commencer par employer la position renversée de Trendelenburg, qui donne un jour considérable, mais, chez le sujet de M. Heydenreich, vieil alcoolique, on pouvait redouter la déclivité prolongée de la tête.

Kyste séreux de la vessie. — M. Segond trouva, après avoir enlevé l'utérus et ses annexes, un kyste situé dans la paroi musculaire de la vessie et que, avant l'opération, il avait pris pour un petit myome pédiculisé. Ce kyste contenait un liquide séreux.

Traitement des abcès urineux. — M. E. Desnos propose de pratiquer l'uréthrotomie interne immédiatement après incision de l'abcès dans les cas suivants : lorsque, après avoir largement ouvert et drainé la cavité purulente, on trouve des parois lisses et non anfractueuses, lorsque la déclivité des ouvertures permet un libre écoulement des liquides, lorsque l'urèthre apparaît sain au fond de la plaie; lorsque, en un mot, l'asepsie est certaine, on peut pratiquer d'emblée l'uréthrotomie interne. Si, au contraire, il existe des diverticules de l'abcès, difficilement accessibles, si l'urèthre est entouré de clapiers, de tissus indurés dont la destruction est périlleuse, il faut se borner à inciser largement l'abcès par le périnée, à le drainer exactement, mais bien se garder de faire à l'urèthre une plaie qui à ce moment serait exposée à la septicémie.

Rétention d'urine dans la blennorrhagie. — M. Rochet (de Lyon) a observé un cas de rétention d'urine qu'il croit pouvoir attribuer, en l'absence de spasme de l'urèthre, à une lésion temporaire de la moelle sous l'influence du virus blennorrhagique; le centre vésical aurait été inhibé. Cette rétention dura vingt-cinq jours et céda à un traitement par l'électrisation de la vessie et l'ergot de seigle.

Cancer-prostato-pelvien, par M. Buffet (d'Elbeuf). — Dans ce cas, les accidents furent attribués à un rétrécissement de l'urèthre. L'uréthrotomie externe permit de faire le diagnostic *de visu* et le drainage de la vessie amena un soulagement notable.

Extirpation de la vésicule séminale. — M. Roux (de Lausanne) a pratiqué deux fois cette opération à la suite de la castration pour testicule tuberculeux. Il en décrit minutieusement le manuel. Les deux opérés ont guéri; mais chez le second M. Roux a eu la malencontreuse idée de chercher à compléter la cure par une injection de lymphe de Koch et il en est résulté des accidents cérébraux graves dont le malade est actuellement à peine convalescent.

Hydrocèle congénitale tuberculeuse. — M. Phocas (de Lille) pense que cette variété d'hydrocèle est assez fréquente et qu'elle est le premier stade d'une péritonite tuberculeuse; mais il est difficile de savoir si c'est le péritoine qui est primitivement tuberculeux ou le canal péritonéo-vaginal.

Chirurgie des voies biliaires. — M. Ch. Périer (de Paris) rapporte trois observations assez dissemblables. Dans l'une il a enlevé la vésicule biliaire en même temps qu'un calcul qui en oblitérait le col; dans la deuxième il a ouvert la vésicule sans y trouver de calcul; dans la troisième il a extrait 34 calculs. Ces trois faits prouvent que l'opération doit être conduite comme une laparotomie exploratrice, que dès lors l'incision doit être médiane, facile à débrider transversalement au besoin. Malgré l'innocuité relative du pus hépatique dans certain cas, il croit qu'il faut protéger les anses intestinales avec des éponges aseptiques et autant que possible aspirer le pus à l'avance. La désinfection de la poche a été faite au naphtol camphré.

M. Picqué a fait dans un cas semblable la laparotomie pour extraire un calcul biliaire. Mais il existait en même temps un cancer du foie. L'opéré a guéri néanmoins, mais il maigrit, ne mange plus et s'affaiblit de jour en jour.

Occlusion intestinale par calcul biliaire. — M. Campenon communique un cas analogue à

celui de M. Thiriar. Mais la terminaison fut autre. Au troisième jour, péritonite suraiguë et mort rapide. L'autopsie prouva que l'entérorrhaphie tenait bien. Mais à la place de la vésicule biliaire existait une poche purulente limitée par des adhérences entre le foie, le duodénum (ulcéré par le calcul) et le colon transverse : une de ces adhérences s'était rompue.

Procédé de greffe intestinale. — M. Chaput (de Paris) a obturé de larges perforations intestinales (mesurant 3 centimètres sur 2 centimètres) chez le chien, en suturant des plaques de gaze iodoformée (5 à 6 doubles d'épaisseur) au pourtour de l'orifice. Trois guérisons dans trois cas. Ces plaques restent en place plusieurs semaines, mais, comme elles sont infectées par leur face profonde, elles finissent par s'éliminer dans l'intestin. Elles protègent d'autant mieux le péritoine que l'épiploon leur adhère immédiatement et forme une seconde couche protectrice organisée et définitive de plusieurs millimètres d'épaisseur. C'est, en somme, une greffe définitive qui permet à l'épiploon de s'épaissir et de s'organiser convenablement. L'auteur pense que ce procédé pourrait s'appliquer avec avantage aux coups de feu de l'intestin et aux perforations intestinales survenant au cours de la laparotomie. Onpourrait encore l'employer dans la plupart des opérations sur l'intestin.

Modification de l'entérorrhaphie longitudinale. — M. Chaput (de Paris) propose un nouveau procédé qui présente les avantages suivants : 1° De supprimer le rétrécissement valvulaire; 2° de remédier efficacement aux inégalités de calibre (il suffit de prolonger davantage l'incision sur le bout le plus petit); 3° de permettre des adossements aussi larges que possible, grâce à l'ampleur de l'étoffe disponible; 4° il est d'exécution facile.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit, outre les revues et journaux habituels, une *circulaire du ministère de l'instruction publique*, annonçant, pour le 19 mai prochain, l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, et conviant la Société à y prendre part.

M. le Président annonce la mort du docteur Thévenot, membre titulaire, qu'une grave maladie tenait depuis longtemps éloigné de nos séances, et se fait l'interprète des sentiments de profond regret que cette perte prématurée inspire à tous les membres de la Société.

— M. Duroziez lit une communication intitulée : *Des poumons dans la maladie bleue ou cyanose.* (Sera publiée.)

M. Leudet : Les troubles pulmonaires dont parle M. Duroziez sont-ils, suivant lui, consécutifs ou primitifs?

M. Duroziez : Il y a une malformation générale dans laquelle les poumons peuvent être atteints, soit parce qu'ils sont mal nourris, consécutivement, — soit primitivement.

M. de Ranse : D'après M. Duroziez, les deux lésions peuvent être simultanées. Il me semble cependant que la lésion cardiaque est primitive. Si le poumon fonctionne bien, l'enfant survivra; s'il fonctionne mal, il succombera; mais tout dépend du cœur.

M. Duroziez : Il me semble que le cœur peut envoyer le sang d'une façon très irrégulière, mais il en enverra. Or, la grosse affaire est que, dans le poumon, le sang soit bien nettoyé, bien irrigué. Si le poumon ne fonctionne pas, la vie cesse.

M. Leudet : Je crois qu'il y a du vrai dans ce que dit M. Duroziez. Cependant, je per-

siste à croire que c'est le cœur qui est primitivement atteint. Je me rappelle avoir observé un enfant de 8 ans, à maladie bleue type; il venait aux Eaux-Bonnes avec son père, tuberculeux. Il s'enrhumait facilement; cependant, à l'auscultation, je ne trouvais que des râles sibilants disséminés partout. Je lui donnai les Eaux-Bonnes à petite dose; il les supporta parfaitement et passa un meilleur hiver. Il mourut à 16 ans, tuberculeux. Chez lui, évidemment, la congestion bronchitique tenait à la lésion cardiaque, et pas à autre chose.

— M. Delasiauve offre à la Société plusieurs brochures qu'il a publiées sur différents sujets intéressant la médecine mentale et la chirurgie.

— La Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Injection contre l'ozène essentiel. — Moure.

Acide phénique	20	grammes.
Glycérine pure	100	—
Alcool à 90°	50	—
Eau	350	—

Faites dissoudre. — Deux cuillerées à soupe pour un litre d'eau tiède.

Dans le cas d'ozène essentiel, on fait une irrigation nasale abondante, avec un ou deux litres d'une eau sulfureuse, d'une solution de sel marin (une grande cuillerée de sel par litre), ou bien encore d'une solution de chlorate de potasse. Puis on fait l'injection avec la solution phéniquée ci-dessus. — Au bout de quelques semaines, on complète le traitement, en pulvérisant dans les fosses nasales, des solutions de tannin rendues aseptiques par le chloral ou l'acide phénique. — A l'intérieur, l'huile de foie de morue, les préparations iodées et les toniques. — N. G.

COURRIER

Le lundi 25 mai 1891, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (Année 1891).

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures, du lundi 27 avril au samedi 9 mai inclusivement.

— Un concours public pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mardi 12 mai 1891, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 13 avril 1891, et sera clos définitivement le lundi 27 du même mois, à trois heures.

Asile d'aliénés. — *Internat* (Poste vacant). — Une place d'interne en médecine est vacante à l'asile des aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher). Les internes, nommés pour trois ans par le préfet, sont logés, nourris, chauffés, éclairés, et touchent un traitement de 600 francs qui peut être porté ultérieurement à 700 et 800 francs. Les candidats,

pourvus d'au moins douze inscriptions, sont priés d'adresser leur demande accompagnée de leur âge et de l'exposé de leurs titres à M. le docteur E. Chambard, médecin-directeur de l'établissement.

Conseil d'hygiène de la Seine. — M. le docteur Aug. Ollivier, dans la dernière séance du Conseil d'hygiène de la Seine, a donné lecture du rapport qu'il a rédigé à la suite d'une enquête faite par lui sur une épidémie de diphthérie qui s'est déclarée, le 8 février dernier, parmi les pupilles d'un orphelinat du cinquième arrondissement de Paris. L'établissement lui a paru bien tenu sous tous les rapports. Sur son conseil, les sœurs qui le dirigent ont rendu une partie des enfants bien portants aux familles pouvant s'en charger. Les autres ont été transportées dans une succursale de l'orphelinat située dans la banlieue.

Le Conseil d'hygiène de la Seine, continuant la série des instructions préventives contre les maladies contagieuses, a adopté ensuite le texte de trois instructions nouvelles, relatives l'une à la rougeole, l'autre à la coqueluche, l'autre à la scarlatine. Le Conseil engage vivement les familles à désinfecter ou à faire désinfecter, non seulement les vêtements du malade, mais aussi la chambre dans laquelle il a eté soigné. Pour la désinfection des locaux et celle des objets ayant été en contact avec le malade, l'instruction renferme des prescriptions analogues aux prescriptions relatives à la fièvre typhoïde, à la variole et à la diphthérie.

Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira le 19 mai prochain. Le ministre de l'instruction publique vient de désigner le vice-amiral Jurien de la Gravière, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences, pour présider la séance d'ouverture du Congrès. Suivant l'ordre de leurs travaux, les délégués des Sociétés savantes formeront des réunions distinctes. Le bureau est constitué pour la section des sciences de la façon suivante : MM. Berthelot, président; Mascart, Alph. Milne-Edwards, Darboux et Le Roy de Méricourt, vice-présidents; Angot et Vaillant, secrétaires.

Psychiatrie et neurologie. — M. le docteur Bérillon commencera le mardi 14 avril, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales et nerveuses et il le continuera les mardis et samedis suivants à cinq heures.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurmann, Renault et Pozzi annoncent la reprise de leurs conférences cliniques.

La première réunion aura lieu à l'hôpital du Midi le mercredi 15 avril, à neuf heures et demie.

La seconde à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 22 avril et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Société de médecine de Paris. — Séance du 18 avril 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Frémont : Essai physiologique sur le traitement du diabète. — 2. Discussion (suite de la) sur la proposition Wickham. — 3. Communications diverses.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur HAYEM.

Cours de thérapeutique.

Leçons d'ouverture.

Messieurs,

Le cours sera consacré, cette année, à l'exposé des traitements proprement dits. Je dois donc d'abord examiner ce qu'il faut entendre par traitements.

L'étude des médications était un travail analytique; actuellement, en abordant celle du traitement, nous ferons un travail inverse, un travail synthétique. Le traitement est, en effet, à la maladie, ce que la médication est à l'élément morbide.

Le traitement est corrélatif à la maladie, qu'est-ce donc que la maladie elle-même? A l'époque où on a commencé à combattre le vitalisme ancien, qui soutenait l'essentialité des maladies, on a dit qu'il n'y avait pas des maladies, mais des malades. On se tromperait si l'on prenait cette opinion dans un sens absolu. La maladie n'existe pas en tant qu'être à part que le médicament doit chasser, elle n'est pas une espèce vivante, indépendante, cela est certain. Mais, d'autre part, la conception de l'espèce en nosologie est indispensable, sans elle la thérapeutique est incompréhensible. C'est un des fondements de la thérapeutique. Les premiers observateurs n'ont vu que des malades et ne connurent pas la maladie; ceux qui sont venus après eux ont observé des faits semblables et les ont groupés en rapprochant ceux qui avaient des traits communs. C'est là le commencement de la nosologie. D'abord les espèces nosologiques étaient très vagues; plus tard, après les recherches anatomo-pathologiques, étiologiques, etc., elles se sont précisées de plus eu plus; c'est ainsi qu'est née la nosologie, science des maladies considérées en tant qu'espèces. Les types crées par les nosologistes sont naturels et répondent à la réalité.

On peut prendre comme exemple la variole. Elle se présente sous des formes très diverses; mais, si anormale qu'elle soit, elle offre toujours certains caractères particuliers qui permettent de la reconnaître. J'ai pris un type spécial qui a une cause particulière, spécifique; mais si ce type nosologique est facile à déterminer, la cause ayant une grande importance pour cette détermination, il n'en est pas toujours ainsi. Cependant, même dans les cas où la cause ne nous est pas connue, on peut déterminer l'espèce. C'est ainsi que des différentes modalités du rhumatisme qui, du

reste, est probablement une maladie infectieuse, se groupent facilement les unes à côté des autres.

L'espèce est bien plus difficile à délimiter dans les maladies chroniques, dans les maladies de la nutrition; mais je ne m'appesantirai pas sur ces faits, car je ne m'occuperai, cette année, que du traitement des maladies spécifiques.

La notion d'espèce nous conduit au point le plus important du traitement, car c'est grâce à elle que nous pouvons nous fier à un remède lorsque nous nous trouvons dans des conditions identiques. Dans la fièvre intermittente, par exemple, quelle que soit la forme symptomatique, il faut administrer le sulfate de quinine; de même l'acide salicylique ou mieux le salicylate de soude est indiqué dans tous les rhumatismes aigus.

Il y a différentes espèces de traitement. Les auteurs classiques les divisent habituellement de la manière suivante : traitement prophylactique. traitement palliatif, traitement curatif.

Je dois combattre cette vieille division. Le traitement prophylactique se rattache à l'hygiène, et nous ne devons pas nous engager sur ce terrain. Du reste, d'après le sens du mot, il ne s'applique qu'à des individus non malades. Les traitements palliatifs et curatifs se touchent de près, et, dans l'application, le même traitement peut être rangé dans les deux classes selon les cas.

Je préfère adopter une division bien ancienne qui distingue le traitement expectant, basé sur l'expectation, et le traitement actif ou médicamenteux.

Qu'est-ce que l'expectation? Ce mot ne signifie pas l'abandon absolu du malade, l'indifférence du médecin vis-à-vis d'un cas. On a dit que c'était l'emploi des modificateurs hygiéniques; mais, lorsque vous prescrivez un régime alimentaire quelconque, le massage, etc., vous mettez en œuvre des modificateurs très puissants, qui ont une action médicamenteuse réelle, sensible. La définition que je vous citais plus haut est donc mauvaise.

L'expectation est l'emploi de moyens tirés de l'hygiène ou de la pharmacie, incapables de modifier d'une manière sensible le cours naturel d'une évolution morbide.

Le traitement expectant remonte aux premiers temps de la médecine, il s'est transmis d'âge en âge et est encore florissant.

Hippocrate et les auteurs hippocratiques avaient reconnu que certaines maladies guérissaient sans traitement; aussi cette notion s'est-elle rapidement répandue, que le premier devoir du médecin était de ne pas nuire. La nature guérissant, il faut se borner à la soutenir, à l'aider. Cette doctrine de la force médicatrice a été très attaquée et s'est modifiée dans le cours des siècles. Ce qui est intéressant pour nous, c'est de remarquer qu'elle est encore debout, et cela, évidemment, parce qu'elle renferme une part très grande de vérité.

En laissant de côté toute idée doctrinale, il est évident que la nature a le pouvoir de guérir, de rétablir la santé. Cela est surtout vrai pour les maladies qui viennent du dehors, pour les affections accidentelles. Ces maladies ont une marche régulière, cyclique, et se terminent par des phénomènes dits critiques. Or, toute l'école humoriste soutenait que les jours critiques étaient marqués, et, qu'à ce moment, la matière peccante était éliminée au dehors. Les modifications du pouls, de la température, des sueurs, de l'urine étaient regardées comme indiquant cette élimination.

Depuis que nous connaissons mieux l'évolution des maladies, nous pouvons dire que ces observations étaient exactes, et il résulte de l'examen des recherches modernes que les vieilles théories humorales sont vraies et que les mots seuls sont changés. La forme humorale de la conception des maladies s'appelle infection; les phénomènes heureux sont dus à l'élimination des matières toxiques se rattachant directement ou indirectement à l'infection, matières qui passent par les sueurs, les urines, et enfin l'expression de force médicatrice qu'emploie Stahl n'a d'autre signification que celle-ci : l'organisme humain fait tous ses efforts pour rentrer dans l'équilibre normal qui est la santé.

Il est facile de prouver que la tendance naturelle vers la guérison découle de faits physiologiques. La résistance des tissus à la destruction est remarquable et une force plastique refait les parties détruites. C'est ainsi qu'après une fracture l'os est reconstitué à l'aide du cal; qu'après des plaies ayant divisé des parties molles même profondes il y a une cicatrice dont la structure se rapproche plus ou moins de celles des tissus divisés. C'est ainsi encore qu'après des hémorrhagies le sang tend vers la réparation, qu'après les myosites infectieuses le muscle atteint se refait. Certains tissus sont très remarquables à ce point de vue; telle la muqueuse utérine qui se reconstitue après chaque période menstruelle et surtout après le curettage de l'utérus qui la détruit complètement.

Chez les animaux inférieurs, des organes repoussent en entier, et chacun sait qu'un lézard qui perd sa queue est rapidement pourvu de nouveau de cet appendice.

Les organes opposent donc une grande résistance aux forces de destruction. Il est probable que ces faits se rattachent à l'évolution de l'œuf et que les lois générales qui règlent la génération des tissus s'étendent aux évolutions morbides. Grâce à elles l'ordre naturel peut revenir.

En résumé, une évolution pathologique, surtout quand il s'agit d'une maladie infectieuse, tend naturellement vers la guérison.

A toutes les époques, tous les médecins ont été frappés de l'effet désastreux de certaines pratiques thérapeutiques. Quand la médecine physiologique régnait, la saignée était le grand traitement. Or, à ce moment, les médecins qui résistaient le plus possible au courant général comptaient bien plus de succès. De même, lorsqu'il fut prouvé que le mercure guérissait la syphilis, on l'employa d'une façon tellement inconsidérée qu'il put y avoir des médecins antimercurialistes; ils pensaient avec raison que le remède était pire que le mal.

Ces exemples vous font comprendre que, toutes les fois qu'un traitement est actif, l'appliquer est une chose grave, sérieuse; c'est toujours une chose fort difficile que de diriger la vie de ses semblables malades. Du reste, dans beaucoup de cas, le médecin n'intervient que parce que le malade ou son entourage l'y forcent. Il y a dans le public une grande tendance à rapporter au médecin tout ce qui survient en bien et en mal pendant le cours d'une maladie; la terminaison funeste lui est naturellement reprochée, mais aussi, lorsque les choses tournent bien, on est très porté à lui en attribuer le mérite. Il vous faut, Messieurs, ne pas accepter trop facilement des compliments que, bien souvent, vous ne méritez pas, car cela vous mènerait rapidement à l'écueil que doit éviter tout médecin digne de ce nom, au charlatanisme.

Examinons maintenant les raisons qui peuvent nous déterminer à insti-

tuer un traitement actif. Malheureusement, ainsi que vous le savez, toutes les maladies ne tendent pas vers la guérison. Or, le traitement actif est celui qui est capable de modifier sensiblement le cours naturel d'une maladie.

L'activité de ce traitement actif varie beaucoup selon les cas, et il a des modes d'action nombreux. Il semblerait, d'après certains classiques, qu'il existe pour chaque maladie plusieurs espèces de traitement ou même de thérapeutique. Il y a simplement plusieurs sources d'indications, et la thérapeutique est l'art de les connaître et de les remplir. Quand on dit que l'on emploie la méthode pathogénique, cela signifie que les moyens employés visent la pathogénie de la maladie. Si l'on veut réserver au mot méthode son acception réelle, cela veut dire voie à suivre pour remplir les indications les plus importantes.

On peut diviser les traitements en : traitement spécifique; — traitement rationnel par la méthode des indications; — traitement systématique. Je ne parlerai aujourd'hui que des deux premiers.

La seule voie à suivre quand on institue un traitement est la recherche de l'indication à remplir. Or, il n'y en a pas de plus importante que celle de la cause qu'il faut combattre; quand on atteint cette cause, on fait un traitement spécifique. Ce traitement ne comporte guère qu'une seule médication, celle qui relève de la cause; qu'un seul remède, quelquefois, mais fort rarement, deux. Le remède est celui qui est capable d'atteindre la cause elle-même et le résultat est parfait, puisque l'on entrave l'évolution morbide. C'est là ce qui fait reconnaître un traitement spécifique.

Quelques thérapeutes ont cherché à diviser les traitements en empiriques et spécifiques. Or, tous les spécifiques ont été empiriquement découverts et c'est le hasard qui a fait connaître la valeur de la quinine, de l'iode, du mercure.

Malheureusement, il y a fort peu de spécifiques, et si nous connaissons mieux le mode d'action de ces médicaments, nous n'en découvrons pas de nouveaux; les spécifiques sont restés ce que l'empirisme les a faits, malgré les recherches qui sont poursuivies un peu partout. Cette espérance que l'on avait dans les découvertes de l'avenir nous fait comprendre la déception profonde qui s'est produite, dans certains cas, en voyant les découvertes bactériologiques n'entraîner que peu de résultats thérapeutiques en médecine. Tout dernièrement, vous le savez, Koch a annoncé avoir trouvé un remède de composition spéciale et ayant une action thérapeutique nouvelle, tandis qu'il ne s'agissait que d'une toxine préparée selon des procédés qui nous sont familiers en France. Nous avons fait preuve d'un sang-froid, d'une modération et d'un sens clinique qui nous font honneur, et la manière dont nous avons accueilli cette découverte tapageuse est, pour nous, un triomphe scientifique de bon aloi qui servira à notre bonne renommée dans les deux mondes. Je regrette, pour l'humanité, que le remède de Koch soit dangereux et que les succès qui suivent son emploi soient peu nombreux et même douteux.

Les traitements non spécifiques ont fait de très grands progrès. Quand on ne peut atteindre la cause spécifique, il faut recourir au traitement rationnel ou au traitement systématique. Le premier consiste dans l'emploi des médications, plusieurs d'entre elles pouvant être indiquées ensemble ou successivement. Cet emploi des médications a des règles. Il faut rechercher l'indication principale, l'élément morbide dominant. L'élément

spécifique est cet élément, car l'infection est en tête même quand il n'y a pas de traitement spécifique. En effet, même quand ce traitement est inconnu, on peut beaucoup contre elle soit en augmentant la résistance de l'organisme, soit en éliminant les produits toxiques. Autrefois, on augmentait la résistance par les stimulants, les analeptiques, les toniques; aujourd'hui, on entrevoit la possibilité d'actions biologiques plus complexes, ouvrant de nouvelles voies à la thérapeutique. On pourrait rendre les éléments anatomiques et les humeurs réfractaires à la pullulation des germes, et dans cette catégorie de nouveaux traitements se rangerait celui de la rage après morsure. La vaccination intéresse un organisme sain, même s'il n'incube pas une évolution morbide. Le traitement de la rage s'attaque à un individu dans la période latente de la maladie. Les résultats sont encore discutés; cependant, les statistiques montrent que le nombre des cas de rage a beaucoup diminué. Tout récemment, on a injecté du sérum ou du sang d'espèces différentes pour augmenter la résistance de l'organisme à certaines maladies infectieuses, surtout la phthisie. On peut espérer modifier ainsi profondément les humeurs et les éléments anatomiques. Quoi qu'il en soit de ces découvertes, il est certain que, dans la lutte contre l'infection, la composition du sang a un rôle considérable. Le sérum sanguin est bactéricide, les globules blancs du sang semblent se charger d'absorber les germes morbides, de les tuer, et vous savez que ce processus a reçu le nom de phagocytose. On peut espérer pouvoir accroître l'action bactéricide, pouvoir augmenter la vigueur des leucocytes.

Quand aucune de ces actions ne peut être produite, il reste à atteindre l'affection dans ses conséquences, à combattre les éléments morbides secondaires, la fièvre, l'adynamie à l'aide des médications que j'ai décrites.

En nous plaçant sur le terrain du traitement, il faut nous préoccuper de la subordination des médications les unes aux autres et, pour cela, on doit se préoccuper d'abord de l'élément morbide qui peut le plus rapidement amener la mort. L'indication la plus urgente est de combattre cet élément. Soit la pneumonie. La découverte du pneumocoque n'a pas fait découvrir un nouveau remède, et les différents procédés de la méthode antiseptique auxquels on avait eu recours sont abandonnés aujourd'hui. On ne peut donc intervenir que contre les conséquences de l'infection. Quand l'élément inflammatoire dominait la pathologie, on considérait la pneumonie franche comme le type des inflammations et on l'attaquait par les antiphlogistiques, par la saignée. Plus tard, quand cette doctrine a perdu du terrain, on a eu recours aux contre-stimulants, à l'émétique. Tout cela est abandonné, et, actuellement, on n'emploie plus la saignée que chez les gens très vigoureux, quand l'élément congestif pulmonaire domine et qu'il y a urgence de débarrasser le champ respiratoire. La pneumonie est une maladie cyclique, elle tend à guérir d'elle-même et guérit quand l'organisme peut supporter le choc qui, dans certains cas, suffit pour tuer. Eh bien, dans cette pneumonie, tantôt le danger tient à la fièvre, tantôt il tient à l'adynamie, et nous devons, à l'aide des médications antipyrétiques ou sthéniques, répondre aux indications.

Cet exemple vous montre comment et en quoi l'étude des traitements diffère de celle des médications.

Cinquième session du Congrès français de chirurgie

QUESTIONS DIVERSES (Suite et fin).

M. CHIPAULT (d'Orléans) : *Arrachement des tendons rotuliens.* — Dans deux cas de ce genre, l'auteur a fait la suture du tendon sus-rotulien une fois et du tendon sous-rotulien une autre fois avec la rotule. Le résultat a été parfait. Dans les autres cas analogues, ces sutures ont donné d'excellents résultats, tandis que le traitement non sanglant laisse les malades infirmes. Evidemment, il faut s'abstenir dans les ruptures incomplètes; mais il ne faut pas croire que la rupture est incomplète parce que le genou conserve quelques mouvements; les ailerons rotuliens y suffisent, mais ils ne suffisent pas pour le rétablissement de la fonction. Chez ses deux malades, M. Chipault a irrigué la jointure à l'acide phénique, et c'est à cela qu'il attribue une hydarthrose, passagère il est vrai, qu'il a observée après l'opération.

M. PHOCAS (de Lille) : *Ténotomie à ciel ouvert du sterno-mastoïdien.* — L'auteur communique trois cas de torticolis musculaire, redressé à l'aide de la ténotomie à ciel ouvert, procédé le plus efficace et le moins dangereux. Il ne présente qu'un seul inconvénient, celui de produire une cicatrice. En vue de pallier à cet inconvénient, dans ces trois cas, on s'est contenté de pratiquer une petite incision de 2 centimètres, parallèle au muscle sterno-mastoïdien, et par laquelle on arrive facilement à sectionner non seulement le chef sternal, mais aussi le chef claviculaire. Le traitement consécutif consiste dans la correction immédiate à l'aide de l'appareil de Sayre et dans les séances de gymnastique et d'auto-suspension, pendant deux ou trois mois, en vue de corriger la scoliose.

M. PIÉCHAUD (de Bordeaux) est aussi partisan de la ténotomie à ciel ouvert et en communique trois observations : dans l'une, le muscle était mince; dans les deux autres, il était large et épais, et, dans l'un deux, il y avait des connexions avec une artériole qui fut coupée, et surtout avec la jugulaire interne. La ténotomie sous-cutanée eût été bien dangereuse. Il faut réserver celle-ci aux cas où le muscle est mince, facile à isoler, et c'est précisément pour cela que M. Piéchaud ne se rallie pas à la petite incision verticale de M. Phocas, insuffisante précisément dans les cas où il faut de larges sections musculo-aponévrotiques. L'opération terminée, le traitement post-opératoire a une grande importance, et à cet égard la traction élastique, très séduisante, il est vrai, par sa simplicité, n'est toujours assez efficace, et il faudra dans bien des cas recourir aux minerves à clé.

M. DELORME (du Val-de-Grâce) : *Myosite tuberculeuse.* — Les cas de cette affection sont rares. M. Delorme en rapporte quatre : dans l'un, un abcès tuberculeux avait remplacé le muscle lombo-dorsal; dans le second, il existait des abcès semblables dans le grand dorsal et dans les muscles du bras et de l'avant-bras; dans le troisième, abcès froids du soléaire, et de la fesse, dans le quatrième.

M. J.-L. REVERDIN (de Genève) en a trouvé un semblable dans le muscle biceps brachial. La nature tuberculeuse du pus fut démontrée par les inoculations au cobaye.

M. GROSS (de Nancy) : *Tuberculose et résection totale du tarse.* — Voici les indications de cette opération, qui est rarement pratiquée. D'après M. Gross, c'est une erreur de croire qu'une lésion tuberculeuse étendue de cette portion du squelette exige toujours l'amputation, mais il estime qu'une excision largement pratiquée est préférable à une extirpation partielle. Il importe non seulement d'enlever toutes les parties malades et au delà, afin d'éviter tout risque de récidive du néoplasme tuberculeux, mais encore de créer une brèche opératoire régulière, sans anfractuosités, de manière à obtenir un affrontement convenable des parties profondes. Chez les enfants, les résections du tarse sont peu indiquées; chez les enfants âgés, l'amputation est préférable. Enfin, le traitement consécutif étant toujours long, la résection tarsienne sera contre-indiquée chaque fois que les malades ne supportent pas une immobilisation prolongée et que les conditions de l'état général commandent une guérison rapide.

Le résultat obtenu chez un des opérés de M. Gross est très satisfaisant.

M. MICHAUX (de Paris) partage ces opinions, mais pense que la modification opératoire qu'il a apportée à l'opération de Mikulicz aurait ici ses indications.

M. PONCET (de Lyon) n'attache pas au procédé opératoire à employer la même importance que M. Michaux. Il s'agit d'une opération essentiellement atypique et pourvu que les incisions ne soient pas plantaires, peu importe qu'elles soient situées sur les bords interne et externe, sur la face dorsale du pied, pourvu qu'elles respectent les tendons, les nerfs et les gros vaisseaux.

M. COUDRAY : *Sur l'arthrectomie et la résection intra-épiphysaire du genou chez les enfants.* — Les résections intra-épiphysaires du genou chez les enfants constituent une très bonne opération pour les tuberculoses suppurées et graves de cette articulation, qui presque toujours s'accompagnent de lésions osseuses profondes, l'arthrectomie restant indiquée seulement dans les cas où les cartilages sont absolument sains.

M. DELORME (du Val-de-Grâce) : *Résection coxo fémorale.* — Le procédé dit classique n'est pas toujours applicable. Il ne faut pas seulement reséquer la tête du fémur, mais explorer, disséquer, curer la synoviale, la capsule, les diverticules abcédés, la cavité cotyloïde. Les abcès ne se font pas toujours jour en arrière et sur les côtés; souvent ils sont antérieurs et c'est alors en avant qu'il faut inciser si l'on veut bien curer l'abcès. En outre, pour aborder la tête, on réussit aussi bien par cette voie, et pour aborder la cavité cotyloïde on réussit mieux. Il faut donc réserver l'incision postérieure aux cas où les parties molles sont envahies en arrière et où la lésion osseuse est surtout fémorale.

M. ISCOVESCO (de Paris) : *Fractures épiphysaires dans le traitement des tumeurs blanches.* — Il résulte de quatre observations : 1° Que dans certains cas d'affections articulaires chroniques, il y a un véritable ramollissement des cartilages épiphysaires voisins; 2° que, dans les quatre cas, il s'agit d'enfants âgés de moins de 10 ans; 3° que dans aucun de ces cas la fracture épiphysaire ne semble aggraver le pronostic; 4° que, lorsque cet accident se produit, il faut soigner le membre par l'immobilité avec extension dans une bonne position; 5° que dans ces cas non seulement les fractures ont eu une évolution bénigne, mais encore elles ont semblé avoir une influence favorable sur l'évolution de la maladie articulaire, au point de se demander si l'ostéoclasie juxta-articulaire ne serait pas un bon moyen pour soigner ces affections.

M. LEVRAT (de Lyon) : *Ostéotomie du tibia et ostéoclasie du fémur.* — Depuis trois ans, l'auteur a pratiqué 30 ostéotomies de la jambe pour courbures rachitiques; 8 fois il y avait courbure antérieure, dite en lame de sabre; 5 fois, concavité externe. Le tibia une fois sectionné, on a toujours pu briser le péroné et faire le redressement; mais 6 fois il persistait du genu valgum, et alors on a fait l'ostéoclasie du fémur avec l'appareil de Robin. Chez l'adulte, on dit qu'il faut déclancher l'appareil quand on entend la fracture; chez l'enfant, on n'entend rien, et c'est seulement la main qui apprécie la fracture.

Les ostéotomies du fémur sont plus rares. Dans un cas, il s'agissait d'une courbure due probablement à du rachitisme congénital; dans un autre, d'une coxalgie terminée par ankylose à angle droit chez une jeune fille qui, au bout de trois mois, était guérie, en boitant « gracieusement ».

M. FORGUE (de Montpellier) : *Greffes osseuses.* — Dans un cas de lésions tuberculeuses étendues du poignet, lésions occupant à la fois les gaines tendineuses dorsales et les os, M. Forgue a pratiqué la résection atypique et le curage, et il est resté alors une vaste cavité. Pour que celle-ci pût se combler, on eut recours aux greffes ostéo-périostiques telles que M. Poncet les a décrites au Congrès de 1889. L'évolution a été heureuse et, aujourd'hui, l'opérée a un assez bon poignet, où on croit sentir un noyau ostéo-cartilagineux. Il y a là une ressource très utile, car on sait avec quelle difficulté se comblent les cavités osseuses d'origine tuberculeuse.

M. GUERMONPREZ (de Lille) : *Résection partielle des deux os de l'avant-bras pour remédier aux vastes pertes de substance des parties molles.* — A la suite de plaies de l'avant-bras qui eussent laissé une cicatrice difforme et créé une entrave fonctionnelle considérable, M. Guermonprez a pratiqué dans deux cas la résection orthopédique des deux os du

membre. Chez l'un de ses opérés, il enleva 6 centimètres du radius et du cubitus; chez l'autre, 5 centimètres. Les deux malades sont parfaitement guéris et ont repris l'usage complet de leur main. On pratique systématiquement la section des os en mortaise et tenon avec une scie à marqueterie; la suture se fait avec un gros fil d'argent et, au lieu de réunir les deux bouts par la torsion classique, on tord chacun d'eux en hélice au moyen d'une clef d'acier. Ce procédé a le double avantage d'assurer une coaptation plus complète et de faciliter l'ablation du fil métallique quand la chose devient nécessaire.

M. Iscovesco (de Paris) : *De la suspension oblique dans le mal de Pott.* — Le procédé consiste à appliquer une mentonnière analogue à celle de Sayre, dont les deux chefs sont fixés à la tête du lit. Celui-ci est placé obliquement, et la tête élevée. Les jambes, chez les enfants, n'ayant pas assez de poids pour exercer une traction suffisante, on les entoure d'un bandage ouaté dans lequel on intercale de petites plaques de plomb. Cet appareil, employé dans 15 cas, supprime rapidement les douleurs et prévient la gibbosité.

M. Nélaton : *Difformité congénitale de la jambe et du pied.* — L'auteur présente deux moules d'une difformité caractérisée par une courbure antérieure du tibia et une déviation du pied en valgus équin, avec absence du péroné et des deux derniers orteils. Cette difformité n'est pas rare, mais l'expression de fracture intra-utérine est impropre. M. Nélaton déclare que la thérapeutique conseillée jusqu'à ce jour est insuffisante et conseille une opération en deux temps : 1° ostéotomie cunéiforme du tibia; redressement de la jambe; 2° ouverture de l'articulation tibio-tarsienne et résection des parties osseuses qui s'opposent à ce que le pied soit ramené dans l'axe de la jambe.

M. Berthomier (de Moulins) : *Ostéomyélite des côtes.* — L'ostéomyélite se développe dans les côtes de la même façon que dans les os longs, et présente certaines particularités qui n'ont pas encore été signalées. On observe le plus souvent deux foyers; l'un, antérieur, bien connu, se développe et fait saillie au niveau de la tête de l'os, du côté de la cavité pleurale, et présente tous les symptômes qui pourraient faire croire à un épanchement pleurétique. Les deux foyers communiquent entre eux, alors même qu'il n'existe extérieurement aucune trace de propagation.

M. Tachard (de Vannes-Armée) : *Des injections antiseptiques dans les arthrites aiguës et chroniques du genou.* — Vu la lenteur du traitement des arthrites du genou et la gravité de l'arthrotomie, M. Tachard préconise l'injection antiseptique en ayant soin de mettre la synoviale en tension. Suivant le cas, si l'arthrite est suppurée, il y a lieu de préférer la liqueur de Van Swieten et, dans les cas chroniques, la solution phéniquée forte. Il rapporte deux observations à l'appui de son opinion.

M. de Pezzer. — Présentation d'une sonde en caoutchouc rouge pur, à parois très minces, pouvant être stérilisée à l'étuve sans s'altérer, et très bien tolérée par la vessie et l'urèthre. Sa flexibilité permet de la terminer par une boule creuse qui, allongée par le mandrin pendant qu'on l'introduit, reprend sa forme dès que le mandrin est retiré, et maintient ainsi, par sa présence dans la vessie, la sonde à demeure sans être fixée à la verge.

M. Le Dentu : *Des coccidies.* — On a donné ce nom à des corpuscules considérés comme l'origine du cancer, des protozoaires (Malassez), tandis que M. Borel a cherché à établir que ces coccidies, ou ce que l'on décrivait sous ce nom, ne représentaient autre chose que des altérations ou des dégénérescences cellulaires.

M. Fabre-Domergue, chef de laboratoire de M. Le Dentu, soutient à son tour cette opinion, après avoir étudié ces corps sur des pièces fraîchement enlevées. On peut en retrouver trois types, et, d'après l'auteur, ces prétendues coccidies ne sont que des cellules épithéliales, modifiées ou fixées à telle ou telle de leurs phases évolutives ; il n'y a pas lieu, par conséquent, de voir là un organisme particulier, un protozoaire, et la théorie parasitaire du cancer ne saurait trouver là une démonstration.

M. Albarran répond que certaines transformations cellulaires peuvent, en effet, simuler

des coccidies, mais que cela ne prouve rien contre l'existence même des psorospermies vraies.

M. ALBARRAN : *Sur la gangrène microbienne d'origine urinaire.* — Il s'agit d'une variété de gangrène étudiée par MM. Guyon et Albarran, rapide et envahissante, assez fréquente chez les urinaires, et ayant pour cause un bacille particulier, perdant sa virulence par les cultures successives, et n'étant plus pathogène après son passage à travers l'organisme du cobaye.

D'après l'ensemble des observations faites, ce bacille ne serait autre que la bactérie septique de Clado, transformée dans sa virulence et ses propriétés par sa vie au milieu d'un foyer septique. Ce dernier fait est loin d'être isolé en bactériologie générale; on voit des microbes dont la virulence a disparu reprendre leurs propriétés par leur association avec des microbes virulents ou encore transformer leur mode d'action ordinaire et acquérir une virulence spéciale.

M. FOLET (de Lille) a observé aussi un cas de gangrène rapide chez un urinaire qui peut s'expliquer sans doute comme les précédents. C'était chez un retréci de 40 ans, soumis à la dilatation immédiate progressive, et qui depuis se sondait lui-même. Les bourses jusqu'aux plis inguino-cruraux se gangrénèrent en totalité.

MM. GANGOLPHE et COURMONT (de Lyon) : *Fièvre aseptique consécutive à l'oblitération vasculaire.* — Chez des blessés atteints d'oblitération artérielle traumatique, sans plaie cutanée, la température s'éleva à 40 degrés et ne fut que passagère. Des expériences faites sur les animaux, en vue de rechercher quel était le principe pyrétogène, démontrèrent qu'il existe une véritable fièvre aseptique, indépendante de toute infection extérieure; qu'elle est due à la résorption des produits solubles engendrés par les éléments cellulaires en voie de nécrobiose ; qu'elle cesse quand la nécrobiose est complète et que la résorption est entravée.

M. VERNEUIL critique le terme de fièvre aseptique; il existe de la matière septique, qui à la vérité ne vient pas du dehors, mais du sein même de l'organisme; donc la fièvre est septique, car les tissus en état de nécrobiose sont des tissus septiques au premier chef.

M. MICHAUX (de Paris) : *Kyste hydatique du foie ayant envahi la totalité de l'organe; laparotomie; suture de la paroi à l'incision abdominale. Guérison.* — Il existe deux variétés de kystes également intéressantes par les difficultés de leur diagnostic et de leur traitement, ce sont : 1° les kystes hydatiques centraux ou profonds; 2° les kystes de la totalité. M. Michaux a observé deux faits appartenant à chacune de ces variétés. Dans le premier, l'hépatotomie faite avec le thermo-cautère ouvrit des vaisseaux volumineux et il fallut se contenter de la ponction faite primitivement pour servir de guide; il faudrait donc se borner à la ponction suivie de lavage ou d'injection prudente d'une solution de sublimé. Dans le second la tumeur renfermait 15 litres de vésicules d'hydatides et mit un an à se fermer. La guérison fut parfaite.

Citons encore les communications de MM. HARTMANN, sur les kystes pancréatiques; de M. TUFFIER, sur les kystes hydatiques rétro-vésicaux; de M. ABADIE, sur la pathogénie et le traitement de l'ophthalmie sympathique; de M. DARIER, sur le traitement du trachome; de M. RUAULT, sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal; de M. Aug. REVERDIN, sur le traitement du goître; de M. MOURE (de Bordeaux), sur la thyrotomie dans le cancer du larynx; de M. MONTAZ (de Grenoble), sur les anévrysmes fessiers; de M. DOYEN (de Reims), sur deux cas d'actinomycose chez l'homme; de M. BOILEUX (de Paris), sur l'asepsie et l'antisepsie dans les opérations gynécologiques; enfin, deux communications sur l'anesthésie locale.

M. REDARD (de Genève) obtient l'anesthésie par la réfrigération obtenue à l'aide du chlorure d'éthyle. Il ne faut pas oublier de recouvrir la peau d'un corps gras. On se rappellera aussi que cette substance est inflammable.

M. COMBE (de Paris) a observé que le chlorhydrate de cocaïne, en injections à la dose

de 4 centigrammes, donne une anesthésie complète pour toutes les opérations de petite chirurgie de la bouche. A cette dose, on n'a pas à redouter les accidents qui ont été relevés contre la cocaïne, à moins de susceptibilité particulière. Une première injection de 1 centigramme suffira pour révéler cette intolérance et servira de pierre de touche.

BIBLIOTHÈQUE

La neurasthénie, par le docteur F. Levillain. — Paris, A. Maloine, 1891.

Ainsi que le fait remarquer le professeur Charcot dans la préface qu'il a mise en tête du volume, l'auteur a bien fait ressortir que la neurasthénie n'appartient pas seulement à l'homme des classes privilégiées, mais, du moins dans les villes, s'observe aussi chez les prolétaires, chez ceux qui ne connaissent que le travail physique. L'auteur montre d'une façon certaine que le complexus symptomatique de la neurasthénie répond certainement à une espèce morbide dont la fixité nosologique ne saurait être sérieusement contestée, car elle conserve son individualité, son identité, dans les circonstances variées où elle peut se développer. D'autre part, et M. Charcot insiste sur ce point, il importait de purifier le tableau clinique de la maladie en le débarrassant d'éléments étrangers qui y ont été introduits à tort : l'agoraphobie, la misophobie, l'onomatomie, etc. Ce sont là des stigmates variés d'une dégénérescence héréditaire et un des symptômes émanés de la maladie principale.

Le volume se termine par une notice du docteur Vigouroux sur le traitement de la neurasthénie par la franklinisation. — P. Ch.

Mémoires d'ophthalmométrie, annotés et précédés d'une introduction par E. Javal. Paris, G. Masson, 1891.

Sous ce titre, M. Javal vient de publier un gros volume qui, outre les travaux personnels de l'auteur, contient la reproduction des recherches faites un peu partout depuis deux ans, au moyen des instruments dont il a doté l'ophthalmologie. C'est principalement pour la mesure de l'astigmatisme que ces instruments sont employés par tous les oculistes sérieux. Or, on sait maintenant que l'astigmatisme est la cause de la plupart des maladies des yeux Il faut donc savoir gré à M. Javal d'avoir mis à la portée de ses confrères les procédés de mesure si délicats dont il a doté la pratique oculistique. — P. Ch.

FORMULAIRE

Traitement de la paralysie de la vessie. — M. Hache.

Le traitement palliatif consiste dans l'évacuation régulière de la vessie par le cathétérisme, qui doit être accompli avec toutes les précautions antiseptiques désirables. Ne pas vider trop vite une vessie habituellement distendue, sous peine d'accidents congestifs et hémorrhagiques. — Le traitement curatif se résume dans l'usage des injections fraîches, des préparations de strychnine à l'intérieur, des injections sous-cutanées d'ergotine, des douches froides ou sulfureuses sur le périnée et la face interne des cuisses, de l'hydrothérapie générale, et enfin de l'électrisation.

Les injections, amenées peu à peu à la température de 12 à 15°, doivent être pratiquées avec de l'eau bouillie, ou une solution d'acide borique à 4 p. 100. — Le Dentu recommande les courants continus obtenus à l'aide d'une pile de 20 à 40 éléments. On applique le pôle positif, soit sur la colonne vertébrale, soit sur le périnée, et le pôle négatif sur la région hypogastrique. Les séances ne doivent pas se prolonger au-delà de dix minutes. En cas d'échec, on porte le courant dans la vessie, au moyen de la bougie à boule en métal de Guyon. Dans ce cas, on introduit dans la vessie le pôle posi-

tif, et on fait communiquer la plaque sus-pubienne avec le pôle négatif. 15 à 20 éléments suffisent; durée de la séance trois à quatre minutes. — N. G.

COURRIER

Les directeurs et délégués des Ecoles de médecine, préoccupés de la situation créée par la loi sur le service militaire et par l'adoption à la Chambre des députés de la loi sur l'exercice de la médecine, se sont de nouveau réunis à Paris. Après une longue discussion, la réunion a pris les résolutions suivantes :

« Considérant que, dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver, en les développant, les Ecoles de médecine existantes; que, la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des députés et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de vingt-six ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens, les directeurs et délégués des Ecoles de médecine estiment que :

« 1° Les études des baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites;

« 2° Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desiderata est le suivant :

« Dès la première année, études anatomiques et cliniques avec la sanction d'un examen de fin d'année;

« 2e année : études anatomiques et cliniques et physiologie avec un examen probatoire à la fin de l'année;

« 3e année : clinique et pathologie avec la sanction d'un examen de fin d'année;

« Répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité.

« Ils réclament en outre :

« 1° La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, prosecteurs, aides d'anatomie) de passer quatre années dans les écoles secondaires avec équivalence des inscriptions;

« 2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie faisant leur service militaire à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de ces Ecoles;

« 3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Ecoles;

« 4° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au Conseil général des Facultés. »

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Le prochain Congrès aura lieu, à Paris, en 1892, pendant la semaine de Pâques.

Les trois questions proposées à la discussion, sur lesquelles il sera fait un rapport, imprimé et distribué un mois avant le Congrès, sont les suivantes :

1° *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.* — Rapporteur : M. Verneuil; commission : MM. Jeannel, Reclus, Sanchez Toledo.

2° *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.* — Rapporteur : M. Guyon; commission: MM. Albarran, Clado, Hallé, Pousson.

2° *Des interventions chirurgicales sur l'appareil biliaire; résultats immédiats et éloignés.* — Rapporteur : M. Terrier; commission : MM. Lucas-Championnière, Gross, Périer.

M. Demons (de Bordeaux) présidera le prochain Congrès; M. Lannelongue (de Paris) est élu vice-président.

Les séances du matin étant habituellement moins fréquentées que celles du soir, il a été décidé, sur la proposition de M. Verneuil, que les questions mises à l'ordre du jour seraient traitées dans les séances du soir, celles du matin étant réservées aux communications diverses.

Il a été également décidé qu'une affiche indiquerait les opérations intéressantes qui pourraient avoir lieu dans les différents hôpitaux, pendant la semaine du Congrès.

— Par décrets, en date du 2 avril 1891, MM. les docteurs Decuignières, maire de Clermont (Oise), et Viret, médecin en chef honoraire de l'asile départemental d'aliénés de Prémontré, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Hôpital Tenon. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi 20 avril 1891, à dix heures du matin, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Condamnation d'un dentiste. — Voici, dit le *Républicain du Loiret* (28 mars), le texte du jugement condamnant le dentiste Tourrier à 500 francs d'amende :

« Attendu que Tourrier s'est livré à Tours comme dans ses résidences antérieures à un charlatanisme ronflant et à une réclame éhontée ; — attendu qu'il a fait emploi pour capter la confiance publique de diplômes mensongers, où il s'intitulait dentiste américain, alors qu'en réalité il est originaire de la Nièvre, né de parents français ; — attendu qu'il résulte des faits que notamment son diplôme de chirurgie dentaire de l'académie de Wisconsin a été acheté à prix d'argent chez un industriel qui faisait ce commerce ; — mais, attendu que les deux premiers faits ne tombent pas sous le coup de la loi, quelque répréhensibles qu'ils soient ; et que le seul fait constitutif du délit d'escroquerie est celui de la fille Guétrot, le tribunal condamne Tourrier à 500 francs d'amende, aux dépens et aux frais. »

Une jeune fille qui gazouille. — Une dame, écrivant au *British medical journal*, dit qu'elle a entendu dernièrement une fille de 14 ans « siffler, » comme les gens de sa maison appelaient cela ; mais c'était réellement un gazouillement, car elle conservait la bouche légèrement ouverte, et l'on ne voyait qu'un simple tremblement des lèvres, les notes se faisant dans le gosier, qui s'agitait à la façon des oiseaux lorsqu'ils chantent. Les sons émis ressemblaient exactement à ceux que produisent les merles et les grives. Elle gazouillait plusieurs airs accompagnés au pianos, très justes et magnifiquement modulés ; les notes étaient si puissantes que sa grand'mère, qui était très sourde, les percevait toutes, sans le moindre effort, et cela d'une chambre voisine où elle se tenait. Il y avait des notes qui assourdissaient, quand elle les poussait, arrivée aux *forte*. Elle s'était apprise d'elle-même en sifflant son chien, et, assise sur sa fenêtre, en gazouillant des airs aux oiseaux. (*Medical Record*, 1890, p. 561).

— Sommaire de la *Revue philosophique*, numéro d'avril 1891 (16e année) :

Ch. Richet : Qu'est-ce que la physiologie générale? — Brochard : La philosophie de Bacon. — Janet (Pierre) : Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes (fin). — J. Delbœuf : Pourquoi mourons-nous? (fin). — G. Sorel : Sur la géométrie non euclidienne. — Andrade : Les bases expérimentales de la géométrie euclidienne. — A. Fouillée : La philosophie et les concours d'agrégation. — Analyses et comptes rendus. — Société de psychologie physiologique.

Abonnements : un an, Paris, 30 francs ; départements et étranger, 33 francs ; la livraison, 3 francs.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres*, *anémie*.

Dyspepsie. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Importance de la séméiologie.

Messieurs,

La guérison des maladies doit être le but de tout médecin. Cependant, il y a des maladies, celles qui tendent à guérir par elles-mêmes, qu'il ne faut pas traiter, de peur de troubler les efforts de la nature. D'autre part, il en est dans lesquelles l'abstention s'impose parce que la maladie est utile. Le pneumothorax, par exemple, est considéré comme grave; eh bien, lorsqu'il se produit chez un malade souffrant d'une tuberculose à marche rapide n'occupant qu'un côté de la poitrine, il affaisse le poumon, retarde l'évolution de la maladie et permet à celui qui en est atteint de se rétablir parfois suffisamment pour pouvoir de nouveau mener une vie active.

Pour les maladies qu'il faut traiter, dans un grand nombre de cas le traitement repose sur le pronostic. Pour reprendre l'exemple du pneumothorax, il est évident que, si nous nous trouvons en face de la variété dite pneumothorax à soupape, dans laquelle l'air entre continuellement dans la poitrine sans en sortir et qui conduit rapidement le malade à l'asphyxie mortelle, il est évident, dis-je, que nous devons évacuer le gaz. Vous avez vu, au contraire, qu'il fallait respecter le pneumothorax de certains phthisiques. Enfin, il est des cas où le pneumothorax est pour ainsi dire indifférent. Un malade actuellement dans nos salles a un pneumothorax interlobaire dont il ne souffre pas, et il est certainement inutile d'intervenir, bien que l'intervention ne puisse être nuisible.

Il m'est facile de multiplier les exemples qui vous montreront toute l'importance du pronostic.

Dans la fièvre typhoïde, qui revêt la forme que l'on appelle muqueuse, le plus généralement la maladie suivra son cours sans complications, et l'on devra se borner à surveiller sa marche; dans la fièvre typhoïde hyperpyrétique, au contraire, l'élévation exagérée de la température est par elle-même un grand danger, et le médecin doit la combattre. Ceci me permet, en passant, de vous dire qu'il est irrationnel de vouloir soumettre toutes les dothiénentéries à un traitement uniforme.

Où peut-on prendre les éléments de ce pronostic si nécessaire? Dans le diagnostic. On a essayé de le baser sur autre chose que le diagnostic proprement dit, et bien longtemps les considérations d'Hippocrate ont servi de base aux praticiens. Aujourd'hui, il n'en est plus de même et on cherche

toujours à obtenir un diagnostic qui permette de savoir en présence de quelle lésion anatomique on se trouve; les livres hippocratiques eux-mêmes le faisaient quand ils le pouvaient, et rapprochaient les symptômes du côté de la plèvre de la péripneumonie, la présence du pus dans les urines des lésions des reins, etc. Quand la face est grippée, le nez pincé, les lèvres violacées, on dit qu'un malade a le faciès hippocratique et que le danger est grand. Cela est vrai, mais ce pronostic est trop tardif, puisque la mort doit survenir à bref délai. Un grand nombre des signes recueillis par l'ancienne médecine étaient du même genre, n'indiquaient que l'imminence de la mort ou de la guérison, et par conséquent étaient inutiles pour le traitement.

Le diagnostic vous permet de savoir en présence de quelle maladie vous vous trouvez, l'examen détaillé du malade vous montre de quelle forme il s'agit, et c'est seulement alors que vous pourrez établir votre pronostic et conseiller un traitement rationnel.

Le principal est donc d'avoir un diagnostic précis.

Or, les éléments de ce diagnostic sont les signes, c'est-à-dire la séméiologie, qui a une extrême importance. Au commencement du siècle, au moment des découvertes de Laënnec, on lui avait peut être accordé trop de place; actuellement on ne s'en occupe plus assez.

La séméiologie ne se compose pas seulement, comme on le croit trop souvent, de l'étude de la percussion et de l'auscultation qui ne sont que quelques uns des moyens qu'elle met en œuvre. En réalité elle se divise en trois parties distinctes : 1° l'art de recueillir les signes, de les rechercher; 2° la connaissance des caractères des signes, leur description; 3° celle de la valeur des signes, la critique séméiologique. Les trois parties, du reste, ont une importance égale et méritent de nous arrêter.

Actuellement la séméiologie est d'une grande richesse, et devient, par cela même, de plus en plus difficile à bien connaître. La séméiologie physique, par exemple, s'est enrichie d'un grand nombre d'appareils qu'il est de toute nécessité d'apprendre à manier. C'est ainsi qu'il ne suffit pas de placer le sphygmographe sur l'artère et de recueillir un tracé au petit bonheur pour avoir un document sérieux. J'ai une fois apporté, dans une Société, des tracés recueillis chez un même individu en faisant varier l'application de l'appareil, et ils présentaient les plus grandes variétés, indiquant les uns une pression artérielle intense, les autres une absence remarquable de pression. On pouvait en conclure à l'existence de maladies très différentes.

Le thermomètre lui-même demande à être manié avec soin. J'ai été une fois appelé en consultation dans une famille justement effrayée, puisque la malade, jeune femme récemment accouchée, avait 41 degrés de température axillaire, ce qui indiquait forcément un état dangereux. Mon examen ne me semblant pas répondre à une température aussi élevée, je me fis apporter l'instrument et trouvai qu'il marquait toujours 41°; la colonne mercurielle était arrêtée. Il s'agit là d'une méprise grossière, mais vous devez bien savoir que, dans la plupart des cas, il est insuffisant de laisser le thermomètre cinq minutes seulement dans l'aisselle. Lorsque la circulation périphérique est très active, dans la fièvre typhoïde hyperpyrétique, par exemple, ce temps est suffisant, mais il est loin d'en être de même chez les tuberculeux à circulation périphérique lente. Dans ce cas, il faut laisser l'instrument en place au moins vingt minutes pour pouvoir se

baser sur ses indications. En effet, lorsque le bras est écarté du tronc, la peau de l'aisselle se refroidit rapidement par suite de l'évaporation de la sueur, et une fois le membre rapproché du corps elle ne se réchauffe que lentement. Tous ces détails d'application sont donc d'une grande importance.

Cette importance des détails est encore plus marquée dans la séméiologie chimique. Il s'agit alors de savoir si l'urine contient ou non de l'albumine, s'il y en a peu ou beaucoup, et ces constatations ont la plus extrême valeur pour le diagnostic et le traitement.

Il est un petit point sur lequel je veux appeler votre attention. Il suffit de passer une goutte d'acide nitrique dans un tube pour que, si l'on y verse de l'urine albumineuse et que l'on chauffe, il n'y ait pas de précipité. J'ai vu un candidat au Bureau central ayant constaté un précipité albumineux abondant en versant de l'acide nitrique dans un tube, jeter le contenu de ce tube, y verser de l'urine nouvelle et chauffer; il n'y eut naturellement pas de précipité, et le candidat fit une erreur de diagnostic. Une erreur de ce genre peut avoir des conséquences beaucoup plus graves, puisque la perte du malade peut en résulter. Une foule de réactions de la chimie clinique sont ainsi à connaître à fond; il faut donc étudier spécialement cette branche de la séméiologie et ne pas se contenter des quelques connaissances de chimie générale que l'on peut avoir.

Le microscope est un instrument dont le maniement doit vous être familier. Il n'y a pas longtemps, il ne servait qu'à rechercher les globules du sang, à les compter, à examiner l'urine au point de vue des cylindres et des cristaux. Aujourd'hui il a une extrême importance parce que lui seul permet de découvrir les microbes. Il ne faut pas attacher à la constatation de certains microbes une valeur trop grande, puisque, par exemple, deux pleurésies à staphylocoques peuvent avoir une évolution très dissemblable, mais il n'en est pas moins vrai que la recherche des micro-organismes est indispensable dans bien des cas.

Mais, Messieurs, il n'y a pas seulement des signes objectifs, il y a encore des signes subjectifs.

Pour ceux-là, direz-vous, il suffit d'interroger le malade et de le laisser raconter ce qu'il ressent.

C'est là une erreur, et l'interrogatoire d'un malade est souvent fort difficile. D'abord, en interrogeant d'une certaine façon, on lui dicte pour ainsi dire les réponses par une sorte de suggestion. D'autres fois, il est très difficile de discerner la vérité au milieu de récits enchevêtrés et diffus; d'autres fois encore le patient vous écoute à peine et cherche à donner des théories de son mal : il a la bile dans le sang, les sangs tournés. Il est donc nécessaire d'interroger sans se presser, en suivant un ordre régulier, sans trop presser son malade, mais aussi sans le laisser divaguer.

Il serait facile de vous citer des cas où les minuties de l'interrogatoire le plus délicat peuvent seules conduire au diagnostic et au pronostic. Un malade vient vous voir : vous reconnaissez qu'il s'agit d'une angine de poitrine; il faut maintenant savoir si cette angine est une simple affection douloureuse, ou bien si elle tuera le patient dans un avenir peut-être très rapproché. Or, si le malade est pris au milieu de la nuit, entre minuit et deux heures, si à ce moment il ressent une horrible douleur qui retentit dans le bras et la main et qui dure parfois assez longtemps, vous êtes fixé, il ne s'agit pas d'une angine grave, il n'y a pas de danger. Si, au contraire,

pendant que le patient monte une rue, il est pris d'une légère douleur rétro-sternale ; si, en même temps, il a la poitrine un peu serrée, si cette douleur, du reste, disparaît rapidement après un court arrêt dans la marche, la situation est des plus graves.

Or, c'est seulement une interrogation bien conduite qui vous permettra de connaître toutes ces particularités, qui vous permettra de distinguer le simple rhumatisme du plexus cardiaque, affection sans gravité, de l'angine de poitrine par oblitération des coronaires avec menace de mort rapide ou subite. Et, bien souvent, il vous faut insister pour avoir ces menus détails, pour savoir si la douleur survient pendant que votre client monte l'escalier ou seulement quand il est rentré chez lui et s'assied fatigué. Et quel traitement différent dans les deux cas! Au premier, simple rhumatisant, vous conseillerez le salicylate de soude, les bains de vapeur, les bains sulfureux ; vous chercherez, en un mot, à le débarrasser de sa douleur. Au second, atteint d'une affection si grave, vous conseillerez le repos, vous défendrez tout ce que vous avez ordonné à l'autre, et vous prescrirez l'iodure de potassium, seul médicament qui puisse permettre d'espérer la guérison.

Cet exemple suffit pour vous montrer l'importance qu'il y a à extorquer, pour ainsi dire, des renseignements précis à un malade qni ne saisit pas l'importance de ce que vous lui demandez et vous répond souvent à côté des questions que vous lui faites.

Par tous les procédés de la séméiologie, vous recueillez des signes, mais, ces signes une fois recueillis, il s'agit d'en tirer des déductions. Si chaque maladie avait un signe qui lui fût propre, rien ne serait plus facile ; mais les signes pathognomoniques sont excessivement rares, et celui qui m'a précédé dans cette chaire avait coutume de dire qu'il ne connaissait qu'une maladie possédant un signe pathognomonique ; il voulait parler de la gale, que l'on reconnaît à la présence de l'acarus. Actuellement, il y en a quelques-unes de plus, et l'on peut regarder la présence des bacilles de Koch dans des crachats comme un signe pathognomonique de la tuberculose.

Malgré tout, il est bien souvent nécessaire de s'appuyer sur plusieurs signes, afin d'avoir une certitude et, de plus, il faut connaître complètement les caractères des signes, afin de les bien distinguer les uns des autres. C'est ainsi que la distinction entre les râles crépitants et sous-crépitants a une grande importance. Les premiers se passent dans les vésicules et indiquent une affection du parenchyme pulmonaire, les seconds prennent naissance dans les bronches et sont sous la dépendance d'une lésion de l'arbre bronchique. De même les souffles offrent des caractères différents et sont l'indice d'affections différentes, selon qu'ils sont tubaires, caverneux, amphoriques, etc.

Une fois les caractères des signes bien connus, il faut discuter leur valeur. C'est là un point capital pour poser le diagnostic, c'est la critique séméiologique. Il serait très facile de faire ces diagnostics si chaque maladie nous présentait un groupe de symptômes toujours les mêmes et toujours au grand complet. Mais il est loin d'en être ainsi et, dans bon nombre de cas, tout se réduit à trois, deux et même un seul signe qui doit alors nous suffire.

Le dédoublement du deuxième bruit du cœur, si important dans le rétrécissement mitral, dont il est presque un signe pathognomonique, peut cependant se produire à l'état normal dans certaines conditions. Ces condi-

tions éliminées, il existe quelquefois seul pour indiquer le rétrécissement, tandis que, dans d'autres circonstances, la seméiologie de la maladie est beaucoup plus complète, qu'il y a des palpitations, des irrégularités, de l'œdème des membres inférieurs et le rythme mitral composé du roulement diastolique, du souffle présystolique, du dédoublement du second bruit et de l'accentuation du ton de l'artère pulmonaire. Eh bien, dans certains cas, cette accentuation existe seule et c'est sur elle que nous devons nous baser pour faire le diagnostic. Vous voyez donc l'irrégularité de la symptomatologie du rétrécissement mitral et l'importance qu'il y a à bien savoir et à reconnaître les signes parfois si réduits.

Il faut, en présence d'un signe, avoir bien présentes à l'esprit toutes les circonstances dans lesquelles il peut se rencontrer. Souvent ces circonstances sont très nombreuses, mais, si vous avez déjà vu beaucoup de malades, vous arrivez peu à peu à passer en revue si rapidement les différentes maladies qui présentent le signe donné, que l'opération mentale se fait pour ainsi dire d'elle-même et sans grande fatigue. Au début de la carrière médicale, il faut plus de temps, mais, peu à peu, la facilité devient plus grande.

C'est ainsi que, lorsque vous entendez un râle crépitant, vous songez en même temps qu'à la pneumonie, à l'œdème du poumon et à la congestion pulmonaire; que, lorsque vous vous êtes arrêtés à l'idée de pneumonie, vous vous demandez à quelle phase de la maladie en est le patient, qu'enfin vous cherchez à savoir s'il ne s'agit pas d'une pneumonie tuberculeuse. L'albumine dans l'urine peut dépendre de l'alimentation, d'une maladie des reins, d'un catarrhe vésical... et je pourrais vous donner bien d'autres exemples.

Une fois tout ceci fait, il faut grouper les éléments morbides de la maladie. Cette dernière n'est pas seulement constituée, en effet, par l'affection d'un seul organe retentissant sur l'économie tout entière, mais, dans un grand nombre de cas, elle a frappé un organisme déjà altéré et, d'autres fois, elle est sous la dépendance de cette altération primitive. Il s'ensuit que l'affection pour laquelle vous intervenez passe quelquefois en seconde ligne.

Les éléments morbides peuvent se grouper de différentes façons et, selon ces différents groupements, peuvent prendre des significations très différentes. Soit un malade chez lequel on constate de l'albumine dans l'urine, de l'oppression, de la bronchite et une dilatation de l'estomac. Il peut d'abord s'agir d'une lésion cardiaque; le cœur a été forcé, le rein s'est pris ensuite et l'urémie est apparue, entraînant la dilatation de l'estomac.

On peut croire ensuite que la dilatation stomacale est la première en date, la dilatation du cœur s'en est suivie et a entraîné les accidents rénaux. Enfin, l'affection rénale peut aussi être primitive et tout le reste secondaire. Il ne suffit donc pas d'établir les éléments divers qui prennent part à l'acte morbide, il faut savoir comment ils s'enchaînent l'un avec l'autre.

Il y a différentes manières de faire un diagnostic. Autrefois, beaucoup de médecins posaient ce diagnostic pour ainsi dire *a priori*. Ils voyaient un malade abattu, absorbé, avec une fièvre vive, la face vultueuse, couvert de sueurs, et disaient fièvre typhoïde; ensuite ils cherchaient les signes de la maladie. Mais un diagnostic ainsi posé peut être incomplet, on passe à côté d'une complication, on a une idée préconçue qui gêne ou, si l'on veut tout voir, on est forcé de revenir sur ses pas. Les erreurs de diagnostic peuvent

être fréquentes et la confusion faite avec la phthisie aiguë, que souvent l'on ne distingue de la dothiénentérie qu'en s'appuyant sur l'absence de signes pulmonaires. Au début de ce siècle, Rostan examinait ses malades de la tête aux pieds, notant tout. Aujourd'hui, nous ne pourrions plus agir ainsi, car les procédés d'exploration se sont tellement multipliés qu'il faudrait consacrer à l'examen d'un seul malade un temps beaucoup trop considérable.

Je pense donc que l'on doit choisir une sorte de méthode *a posteriori*. Pendant que l'on explore, il faut, chaque fois que l'on constate un signe, éliminer tout ce qui ne peut pas s'associer avec lui; on arrive ainsi assez vite à réunir un faisceau de symptômes que l'on groupe ensuite de façon à coordonner les éléments morbides.

Ce mode de procéder vous conduira rapidement à un diagnostic exact, indispensable pour poser votre pronostic et diriger votre traitement.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de chimie clinique, par le docteur Bourguet. — Paris, Rueff, 1891.

Ce manuel est essentiellement pratique, et c'est là le plus grand éloge qu'on puisse en faire. L'auteur a su choisir, parmi la multitude des procédés qui s'offrent au chimiste, ceux qui sont à la fois assez simples pour être répétés par les médecins, et assez exacts pour que l'on puisse se baser utilement sur les résultats obtenus. Outre le procédé que l'on peut appeler clinique, M. Bourguet en indique deux autres pour chacun des principaux corps; il insiste alors sur les méthodes d'analyse les meilleures, mais qui malheureusement demandent souvent un outillage complet et une habileté spéciale. A la suite de chaque corps se trouve un résumé physiologique et pathologique, indiquant son rôle dans l'organisme et les variations de quantité qu'il peut présenter selon les cas. Des tableaux, des formules pratiques et des figures complètent heureusement le texte.

P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Gréhant et Hénocque qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° Un mémoire intitulé : « Du déboisement considéré comme cause de dépopulation et des moyens d'y remédier », par M. le docteur Jeannel (de Villefranche-sur-Mer).

MM. Levieux et Mignot sont élus associés nationaux.

— M. G. Sée fait ouvrir un pli cacheté déposé par lui le 4 novembre 1890 et relatif au traitement de la phthisie pulmonaire. Il emploie le séjour dans une atmosphère sous pression où il y a de la créosote et de l'eucalyptol. La maladie ne guérit pas, mais son évolution est enrayée.

Dix tuberculeux arrivés à la période de ramollissement (sauf un) et à crachats bacillaires ont été traités.

Ces 10 malades peuvent se répartir de la façon suivante :

3 scrofulo-tuberculeux : 2 ont été guéris et 1 amélioré;

4 phthisies pulmonaires au deuxième degré : 2 guérisons, 2 améliorations considérables

1 hémoptysie guérie, mais non la maladie; traitement très court;

2 phthisies incomplètement traitées: aggravation après un état très favorable.

On observe le retour de la santé, la disparition de la fièvre et de la toux, la modification des crachats qui deviennent muqueux.

Le traitement ne cherche pas, comme ceux de Liebreich ou de Koch, ou encore comme ceux qui veulent transformer l'homme en chien ou en chèvre, la guérison absolue.

Il est simplement basé sur l'antisepsie.

— M. Cornil rapporte un cas de fièvre typhoïde suivi de la production d'ostéites spéciales qui ont été opérées par M. Péan après avoir donné lieu à la production d'exostoses. Au microscope, on ne trouve dans les foyers que du tissu embryonnaire et pas de bacilles, mais M. Chantemesse a pu isoler et cultiver le bacille d'Eberth.

M. A. Fournier insiste sur la difficulté qu'il y a à distinguer ces exostoses des exostoses syphilitiques.

Dépopulation de la France. — M. Le Fort rappelle que la commission propose de remplacer les tours par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera gardé; M. Guéniot préfère les tours. Pour M. Le Fort, ni l'un ni l'autre ne peuvent remédier à la fréquence des avortements. A Vienne, à Prague, en Russie, il existe des dispositions qui permettent à une femme d'accoucher secrètement, de telle façon que l'on ne peut voir son visage; les chambres sont isolées et, en Russie, l'hospice des enfants trouvés est annexé au service secret d'accouchements. En France, une fille enceinte ne peut accoucher secrètement, aussi emploie-t-elle l'avortement pour cacher sa faute.

M. Tarnier fait remarquer qu'il y a eu à la Maternité un règlement permettant à l'accouchement d'être secret, mais il est tombé en désuétude aujourd'hui. Cependant, encore maintenant, la femme, tout en donnant les renseignements habituels, peut exiger qu'ils restent secrets; de même on déclare, si la mère le désire, l'enfant comme né de père et de mère non dénommés. Les femmes peuvent être masquées et refuser les renseignements. M. Tarnier, étant interne, a accouché une femme masquée et, comme il lui demandait une explication, elle retira son masque et lui montra son visage rongé par un lupus.

M. Le Fort insiste sur ce point qu'il y a toujours une inscription sur un registre et que, de plus, tous ces règlements sont ignorés et inappliqués; il n'y a pas de chambres isolées.

Pour M. Tarnier, le secret relatif est préférable au secret absolu, car il peut survenir des morts.

Pour M. Brouardel, ni le tour ni le bureau ouvert n'empêcheront les veuves ou filles réputées honnêtes de se faire avorter. Ces malheureuses tentent tout pour éviter le déshonneur. Il faudrait donc qu'elles puissent cacher la fin de leur grossesse et qu'il y ait des maisons spéciales pour les recevoir. Le tour ou le bureau ouvert seront utiles pour les domestiques, les filles de magasin, les femmes dans la misère, et quelques personnes de cette catégorie pourront du reste laisser leur grossesse venir à bien si elles peuvent escompter la fin et être à l'abri du besoin pendant ce temps.

La fréquence des infanticides augmente chaque jour en France. De 1826 à 1835, il y en avait 975; de 1876 à 1880, on en compte 970.

Sur 5 infanticides, 4 sont commis à la campagne, 1 à la ville, tandis que sur 10 habitants 7 sont à la campagne, 3 à la ville.

Sur 100 infanticides, 64 sont commis par des célibataires, 12 par des femmes mariées, 24 par des veuves.

Il résulte d'une enquête faite par M. Soquet que, depuis la fermeture des tours, les infanticides ont triplé dans les Pyrénées-Orientales, l'Oise; doublé dans le Morbihan, la Mayenne, la Loire-Inférieure, le Jura, les Hautes-Alpes, la Nièvre, la Haute-Marne; augmenté dans l'Indre-et-Loire, la Haute-Vienne, la Corse, la Haute-Garonne, la Seine-et-Oise, la Gironde, la Sarthe, le Cantal; qu'ils sont restés stationnaires dans l'Ain, la Côte-d'Or, la Seine et le Rhône.

En somme, dans les départements ayant des grandes villes où se réfugient les filles-mères, la suppression des tours n'a pas modifié le nombre des infanticides. Au contraire, dans les départements essentiellement ruraux, la suppression des tours a doublé ou triplé le nombre des infanticides.

Appuyant la proposition de M. Le Fort, M. Brouardel demande à l'Académie de faire précéder la conclusion qui lui est soumise de la phrase suivante :

« Pendant les derniers mois de leur grossesse, les filles et les femmes qui ne peuvent plus travailler, soit à cause de leur état de santé, soit parce que leur état de grossesse ne leur permet plus de conserver leur place, doivent être hospitalisées dans des conditions telles, que, si elles le désirent, le secret absolu soit gardé sur leur présence et sur leur accouchement. »

M. Lagneau reconnaît qu'une maison où les femmes pourraient accoucher en secret serait fort utile. Mais, parmi les femmes se présentant pour abandonner leurs enfants, deux ou trois sur cent seulement sont désireuses de garder le secret. Des quatre-vingt-dix-sept autres quelques-unes sont des femmes débauchées qui, à tout prix, veulent se débarrasser de leurs enfants, mais ne tiennent nullement au secret. Beaucoup sont des employées, des domestiques, qui, par leurs emplois, sont mises dans l'impossibilité de conserver leurs enfants, et ne peuvent payer les frais de nourrices. Mais elles désirent avoir des nouvelles de leurs enfants et espèrent un jour pouvoir les reprendre.

La plupart sont des ouvrières, les unes mariées, les autres filles-mêmes, qui, par insuffisance du gain quotidien, par misère, se trouvent dans l'obligation d'abandonner leurs enfants. Il importe que, lorsqu'elles se présentent au bureau dépositaire, la personne assermentée, tenant le bureau, puisse leur proposer des secours suffisants pour leur permettre d'allaiter, de garder leurs enfants. Il faut qu'elles deviennent les nourrices payées de leurs propres enfants. Dans le département de la Seine, il y a encore 8,500 de ces femmes recevant des secours, et plus de 4,000 d'entre elles reçoivent des secours d'allaitement. Les enfants allaités par leurs mères, de zéro à un an, présentent une mortalité d'environ 12 décès sur 100 enfants, alors que les enfants abandonnés comptent environ 33 décès sur 100; près de trois fois plus.

Pour empêcher la divulgation du secret, il faut interdire la recherche du domicile de secours, il faut que le département où la femme vient accoucher ne réclame aucun frais d'assistance au département d'où provient cette femme. L'État, intéressé à la conservation des enfants, seul devrait prendre part à sa charge ces frais d'assistance.

— M. Frémont (de Vichy) lit une note sur « la nutrition chez les diabétiques et sur ses modifications sous l'influence de la cure alcaline ».

— M. Budin présente les dessins d'une femme atteinte du bassin oblique ovalaire de Nœgelé par défaut de développement d'une des ailes du sacrum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1891. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. — Considérations sur l'encéphalocèle. — Spina bifida. — Hématocèle rétro-utérine. — Grossesse extra-utérine.

M. Bazy pense que l'existence de fistules vaginales indique l'hystérectomie dans les suppurations pelviennes. Il a opéré récemment une femme de 32 ans, ayant eu une pelvi-péritonite suppurée après un accouchement. Il s'établit une fistule dans le cul-de-sac postérieur. Le drainage et le lavage de la poche n'ayant donné que des résultats incomplets, M. Bazy fit la laparotomie et enleva les annexes. La fistule persista et il fallut l'hystérectomie vaginale pour la faire disparaître.

L'hystérectomie vaginale expose à enlever des ovaires sains; les indications de l'opération sont moins nombreuses que ne l'a dit M. Segond.

M. Segond insiste sur ce point qu'il ne fait l'hystérectomie vaginale que lorsqu'il a pu

diagnostiquer des lésions bilatérales. Il y a longtemps que M. Péan a signalé les fistules vaginales comme indiquant l'opération et lui-même a fait quatre opérations chez des malades atteintes de cette affection.

— M. Berger fait un rapport sur un mémoire de M. Picqué relatif à des *considérations anatomiques et cliniques sur l'encéphalocèle.*

En septembre 1890, M. Picqué eut à traiter un enfant de 15 jours qui avait une tumeur cranienne atteignant le volume d'une tête de fœtus à terme. Il était facile de diagnostiquer une encéphalocèle, car la tumeur était en partie fluctuante, en partie solide, présentant des parties résistantes vers le pédicule; il n'y avait pas d'impulsion non plus que de réductibilité, ni de transparence. L'enfant était dans un état semi-comateux depuis la naissance. Huit jours plus tard, M. Picqué ponctionna au bistouri et ouvrit ensuite. Il trouva les parois formées par une mince couche de matière cérébrale adhérente à la dure-mère. Le pédicule allait au lobe occipital. Il y avait une deuxième tumeur, fluctuante, située au-dessous de la première; après ponction et issue du liquide, il fut facile de constater qu'elle communiquait avec le cervelet. La résection des deux poches et la suture des enveloppes furent suivies de guérison. L'état comateux semble avoir diminué.

Cette encéphalocèle ne ressemble pas à celles qui ont été opérées par MM. Berger et Périer. Dans le cas de M. Périer, la tumeur était formée de substance cérébrale et de substance cérébelleuse, offrait des caractères mixtes. A ce propos, M. Berger a pensé qu'il s'agissait dans les productions offrant cette constitution d'un encéphalome ayant débuté au commencement de la vie embryonnaire, à un moment où il n'y a pas encore de différences entre les cellules cérébrales et cérébelleuses; le développement empêche les soudures osseuses. Dans le fait de M. Picqué, il y a prolongement du cerveau et du cervelet formant une cavité dans laquelle est renfermé du liquide, de telle sorte que la théorie de Spring ne peut pas non plus être invoquée pour l'expliquer. Il s'agirait d'après cet auteur de l'isolement d'une partie du ventricule enflammé; il se formait un kyste rempli de liquide refoulant la substance cérébrale et perforant les os. Or, dans l'observation de M. Picqué, il n'y avait pas de prolongement vers les ventricules, la tumeur était située nettement sur la ligne médiane, le liquide qu'elle contenait renfermait, d'après M. Patin, plus de matières albuminoïdes et une proportion de principes fixes ne permettant pas l'identification avec le liquide céphalo-rachidien.

Enfin on ne peut pas non plus admettre la théorie d'Ackermann qui fait jouer un grand rôle aux variations de capacité du crâne et aux changements de pression qui se produisent dans l'intérieur de la cavité.

Pour ce qui concerne le manuel opératoire suivi, M. Picqué a ouvert la tumeur avant d'en faire la dissection. Il est peut-être possible d'éviter ainsi la décompression brusque de l'encéphale.

Le cas de M. Berger a été un succès, car sa malade s'est bien développée et est maintenant dans le même état intellectuel qu'un enfant quelconque de son âge.

— M. Berger fait un second rapport sur un autre travail de M. Picqué, relatif à l'extirpation d'un spina bifida lombo-sacré. La tumeur, observée sur une fillette de 15 jours, avait 8 centimètres de hauteur et 6 de large; les enveloppes étaient épaisses en bas, mais minces et transparentes en haut. L'ouverture de la production conduisit dans une cavité close, absolument isolée du canal rachidien. Cependant il y avait une large ouverture rachidienne et le kyste se tendait pendant les efforts et les cris. La tumeur fut reséquée et l'enfant guérit. M. Picqué se demanda s'il ne s'était pas trouvé en présence d'un kyste congénital analogue à ceux qu'a décrits M. Lannelongue. Ce qui rend cette hypothèse peu possible, c'est qu'il s'est produit dans la suite de l'hydrencéphalie et de la paraplégie, dues probablement à une lésion de la moelle et des nerfs pendant l'opération ou à une méningo-myélite chronique propagée vers la partie supérieure et tenant à l'infection.

M. Bazy pense que l'hydrencéphalie dépend peut-être d'une méningite antérieure à l'opération. Il a vu un enfant, qui présentait un petit spina bifida, avoir ensuite une hydrencéphalie, puis de la paraplégie. Comme on n'avait pas opéré, on ne peut invoquer l'infection ou une lésion traumatique.

M. Périer a vu l'athrepsie être consécutive à l'opération du spina bifida.

— M. Reynier présente des pièces se rapportant à une hématocèle rétro-utérine par rupture vasculaire. La malade était entrée dans son service, racontant qu'elle avait souffert beaucoup au moment de ses dernières règles, et on constata facilement par le toucher une grande augmentation de volume de la trompe. Ses règles apparurent bientôt, mais elles se supprimèrent brusquement, en même temps qu'il survenait des syncopes. Au toucher, on trouva un épanchement dans le cul-de-sac. La laparotomie fit tomber sur une cavité dont la partie inférieure répondait au cul-de-sac de Douglas, en avant était le ligament large, en haut la trompe et une anse intestinale adhérente; le contenu était formé par des caillots et du sang; la trompe n'était pas rompue, mais distendue par le sang et séparée de l'ovaire par un grand espace. Il s'agissait d'une hématocèle dépendant soit de la déchirure de fausses membranes d'origine péritonitique, soit de la rupture de veines variqueuses du plexus utéro-ovarien.

La laparotomie permit de faire facilement l'ablation de la trompe.

M. Pozzi pense que la rupture vasculaire a été sous la dépendance d'une grossesse extra-utérine, d'autant plus que la trompe du côté opposé est intacte, ce qui ne se voit guère dans les salpingites parenchymateuses hémorrhagiques ordinairement doubles. Dans la grossesse extra-utérine, les plexus gorgés de sang se rompent facilement sous l'influence de traumatismes légers, d'explorations. M. Pozzi, dans un cas où il a eu à ntervenir, a fait l'ablation de la trompe par la laparotomie et évacua la collection à l'aide d'une incision vaginale.

M. Routier pense que, quand il y a de gros épanchements récents, mieux vaut la laparotomie, qui permet un nettoyage plus complet.

M. Schwartz a fait la laparotomie et l'ablation de la trompe.

— M. Périer fait un rapport sur une observation de M. Lebec, intitulée : *Grossesse extra-utérine menaçant de se rompre; laparotomie; mort de la mère et de l'enfant*. Une femme de 35 ans, qui avait eu déjà une hématocèle, fut réglée pour la dernière fois le 20 septembre 1887. En octobre, il y eut des vomissements, du gonflement des seins et il s'écoula par le vagin un liquide un peu teinté de rouge. Bientôt survinrent les signes d'une hématocèle, en même temps que ceux de la grossesse extra-utérine. La moitié supérieure du ventre était occupée par une masse dure et résistante, proéminente du côté de la fosse iliaque gauche. L'auscultation permettait d'entendre un fort souffle utéro-placentaire; le col utérin était remonté et le cathétérisme montra que la cavité utérine avait 14 centimètres. Des crises douloureuses apparurent et l'on se décida à opérer à huit mois. L'incision fut pratiquée un peu à droite de la ligne médiane et conduisit sur l'utérus. En arrière, il y avait une tumeur résistante qui se déchira et saigna abondamment. On dut, pour enlever le fœtus plus vite, fendre transversalement la paroi abdominale; on ne put songer à extraire le placenta à cause de l'état de faiblesse de la mère, qui succomba au bout de deux heures, malgré une transfusion du sang. L'enfant ne survécut que vingt-quatre heures.

A l'autopsie, on trouva que le point de départ de la grossesse était la trompe gauche perforée; il fut impossible de trouver l'ovaire de ce côté.

M. Lebec a bien fait d'intervenir, mais il aurait dû le faire plus tôt, dès le septième mois, et essayer d'arrêter la circulation dans la tumeur en plaçant une pince sur l'arrivée des vaisseaux.

— M. Pozzi montre un *rein kystique* qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale. Pour cela, il a fait une très petite incision au péritoine postérieur, a fait l'ablation de la tumeur, lié et cautérisé le pédicule, qui fut abandonné dans le ventre. Il n'a pas réuni le péritoine postérieur à l'antérieur, et le malade a guéri.

De quelques nouvelles médications.

Un traitement de la fièvre typhoïde (*Société de médecine d'Anvers*).

Ayant eu à soigner, en l'espace de deux ans et demi, près de 700 cas de fièvre typhoïde

un confrère russe, M. le docteur A. Smakovsky, a eu grandement l'occasion d'essayer tous les traitements possibles de cette maladie. Il a trouvé que le meilleur traitement entre tous, à la fois le plus efficace et le plus simple, consiste dans l'administration du calomel à doses fractionnées suivant la méthode de M. le professeur Zachariine (de Moscou). On prescrit :

Calomel à la vapeur	0 gr. 05
Sucre	0 gr. 25

Mêlez. — Pour un paquet, faire dix paquets semblables. — Prendre un paquet d'heure en heure, jusqu'à évacuation copieuse de selles molles, verdâtres.

Le malade se gargarisera avec une solution de chlorate de potasse, afin de prévenir la stomatite mercurielle.

Dans les cas où existent déjà des symptômes de faiblesse du cœur, on fait prendre au malade, avant de lui administrer le calomel, une infusion de digitale (0 gr. 30 à 0 gr. 60 pour 200 grammes d'eau).

Institué au cours du premier septénaire de la fièvre typhoïde, ce traitement peut faire avorter la maladie, même dans le cas où elle revêt une forme grave. Lorsque ce résultat n'est pas obtenu, le calomel exerce quand même une action des plus favorables, en ce sens qu'il abrège la durée de la maladie, lui fait prendre une forme bénigne et écarte les complications.

Une première administration du calomel peut, après un jour d'intervalle, être suivie d'une seconde toute pareille. L'action abortive du médicament se produit parfois seulement après cette deuxième administration.

Dans l'intervalle de deux traitements par le calomel, et pendant tout le cours ultérieur de la maladie, lorsqu'on ne réussit pas à la juguler par le calomel, notre confrère russe fait prendre les cachets suivants :

Sous-nitrate de bismuth	0 gr. 15
Naphtaline pure	0 gr. 025
Sulfate de quinine	0 gr. 10

Mêlez. — Pour un cachet, faire douze cachets semblables. — Prendre quatre cachets par jour.

Contre la toux, M. Smakovsky prescrit :

Liqueur ammoniacale anisée	4 grammes.
Alcoolature d'eucalyptus	30 —
Essence de menthe poivrée	X gouttes.

Mêlez. — A prendre 10 gouttes toutes les deux heures.

Ces gouttes ont encore pour effet de désinfecter la cavité buccale.

Notre confrère russe est convaincu que la mortalité de la fièvre typhoïde doit être nulle pour tous les cas où le traitement est commencé avant le dixième jour de la maladie, à moins qu'il ne s'agisse de sujets très vieux, par trop affaiblis ou qui ont été atteints de fièvre typhoïde dans le cours d'une autre affection grave quelconque.

M. Smakovsky a réuni jusqu'à présent quatorze observations, dans lesquelles une fièvre typhoïde, dûment constatée, a été coupée par le calomel. — P. N.

FORMULAIRE

Solution contre les taches de rousseur.

Chlorhydrate d'ammoniaque	4 grammes.
Acide chlorhydrique médicinal	5 —
Glycérine	30 —
Lait virginal	50 —

Faites dissoudre. — Matin et soir, on touche les taches de rousseur, avec un pinceau imbibé de cette solution. — N. G.

COURRIER

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu dimanche prochain 19 avril à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel.

Ordre du jour : Lecture du compte rendu de l'année 1890 par M. Barth, secrétaire général.

Elections d'un président et deux vice-présidents.

Tirage au sort des membres de la Commission générale.

L'œuvre des femmes enceintes. — Une œuvre intéressante et que nous croyons devoir signaler à l'attention du public médical est l'œuvre d'assistance des femmes enceintes, qui vient de se fonder, sous les auspices de la Société pour la propagation de l'allaitement maternel.

Dans sa séance du 27 décembre 1890, le Conseil municipal a alloué à l'œuvre de l'allaitement maternel une somme de 20,000 francs, pour fonder un refuge pour les femmes enceintes. En même temps la Ville faisait la location d'un immeuble, situé au n° 203 de l'avenue du Maine, c'est-à-dire à proximité des cliniques d'accouchement et de la maternité.

C'est à cette place que s'élèvera bientôt le refuge-ouvroir.

Les femmes parvenues au septième mois de leur grossesse y seront admises : on leur procurera un travail facile, dont le produit leur sera remis intégralement à la sortie. Au terme de la grossesse, la femme sera dirigée sur une maternité, où elle accouchera.

Les adhésions à cette œuvre seront reçues : au siège de la Société, rue de Sèvres, 45 ; chez le docteur G. Barbézieux, 95, rue Denfert-Rochereau ; le docteur Demay, 51, avenue de Wagram.

Les membres adhérents versent une somme de 12 francs par an, à titre de cotisation. Les membres perpétuels donnent un capital de 100 francs, une fois versés.

(*Progrès médical.*)

Hôpital Tenon. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi 20 avril 1891, à dix heures du matin, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 17 avril, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis (Service de M. Ernest Besnier). — Pendant les mois d'avril, mai et juin : Lundi, neuf heures et quart, salle et laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — Mardi, neuf heures, laboratoire Alibert, policlinique : opérations dermatologiques (lupus, acnés, etc.). — Mercredi, neuf heures, laboratoire Alibert, policlinique : maladies du système pilaire ; dermatophyties. — Vendredi, huit heures et demie, consultation externe.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La bactériologie nous apprend que le nombre des variétés d'abcès augmente de jour en jour. Autrefois, on ne connaissait que les abcès chauds et les abcès froids; aujourd'hui, il y a autant de variétés d'abcès qu'il y a de microbes pyogènes, et la liste qu'en a dressée M. Verneuil est déjà longue. Parmi les microbes déjà trouvés dans les abcès se trouve celui d'Eberth, qui paraît se loger avec prédilection dans la moelle osseuse, ainsi que M. Cornil vient d'en communiquer encore une belle observation à l'Académie.

La nouvelle méthode de traitement de la phthisie pulmonaire décrite par M. G. Sée est un modification de celle que MM. Tapret, Legroux et d'autres probablement emploient à notre connaissance depuis plusieurs années. Elle consiste à faire respirer les malades dans une atmosphère de créosote et d'essence d'eucalyptus, sous pression, et les résultats annoncés sont encourageants.

Il n'en est pas de même du cantharidinate de potasse, qui, à peine né, a déjà ses détracteurs, comme le soleil; mais il ne paraît pas en avoir la puissance vivifiante.

A citer l'opinion de M. Tarnier, au sujet des accouchements masqués, dans le but de conserver intact le secret professionnel. « Ces accouchements, dit-il, étaient fort à la mode autrefois. Non seulement certaines femmes accouchaient masquées, mais encore le médecin n'était amené près d'elles qu'un bandeau sur les yeux et après une série de détours destinés à le dépister. Les choses pourraient fort bien se passer ainsi actuellement, mais il n'en est rien, le plus habituellement tout au moins.

« En ce qui me concerne, je n'ai eu qu'une fois l'occasion, étant interne à la Maternité, d'accoucher une femme masquée. Intrigué de ce fait, je lui demandai une explication : « C'est parce que je suis trop laide! » me répondit-elle. Comme elle consentit à retirer son masque pour moi seul, je constatai, en effet, qu'elle avait la face rongée par un horrible lupus. Je doute fort que pareil fait se reproduise avec une femme jeune et jolie; d'ailleurs, en tout état de cause, il ne lui serait nullement interdit de rester masquée si elle le désirait. »

Cette note gaie, au milieu de ce grave débat sur les causes de la dépopulation de la France, nous a paru digne d'être signalée.

— Dans un de nos précédents *Bulletins*, nous avons analysé le travail de M. E. Besnier sur la méthode de Koch appliquée au traitement des tuber-

culoses tégumentaires en général et du lupus en particulier et nous avons reproduit avec grand plaisir la phrase suivante, qui termine ledit travail : « En agissant ainsi (en ne pratiquant plus d'inoculation de tuberculine) je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect pour nos semblables qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française. »

Or, dit la *Semaine médicale*, dont nous reproduisons le passage suivant : « M. le docteur G. Lewin, professeur extraordinaire de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Berlin, a pris prétexte de cette simple phrase pour adresser à M. E. Besnier une lettre ouverte que la *Berliner Klinische Wochenscrift* (la sœur, évidemment, de la *Petersburger*) publie dans son numéro du 6 avril courant.

« Il n'est pas difficile de comprendre d'avance que l'auteur de cette lettre n'a voulu dire que des choses désagréables à l'égard de la médecine française. Inutile donc de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce court pamphlet d'un ennemi de notre pays et de la science française; d'ailleurs les écrits de ce genre, inspirés seulement par l'esprit de haine, n'ont et ne peuvent avoir aucune portée.

« En quoi cela peut-il nous toucher que M. G. Lewin reproche à notre pays de n'avoir pas inventé le chloroforme et le chloral, trouvé le traitement humain des aliénés ou fondé la Convention de Genève?

« Dans la même voie, notre confrère prussien aurait pu tout aussi bien reprocher à la France de n'avoir pas inventé le fameux principe : « La force prime le droit », qui résuma si bien les idées d'humanité et de respect que l'on doit avoir pour ses semblables! »

— Le vulnéraire, auquel on attribue des propriétés si bienfaisantes, n'est, en réalité, qu'un affreux poison plus, nuisible encore que l'absinthe, paraît-il. C'est, d'après MM. Cadéac et A. Meunier, à l'essence de sauge qu'il doit ces propriétés toxiques. — L.-H. P.

Faculté de médecine de Paris. — Conférences de pathologie interne.

Leçon d'ouverture

Par M. le docteur Marie, professeur agrégé.

La Faculté de médecine m'a désigné pour faire pendant le semestre d'été, dans cet amphithéâtre, des conférences sur les maladies du système nerveux, et particulièrement sur les maladies de la moelle. — Croyez, Messieurs, que, si je sens tout l'honneur de cette mission, j'en sais aussi tout le poids, car ces applaudissements que vous venez de me prodiguer par avance avec tant de générosité, mon ambition, j'ose vous l'avouer, quelque grande qu'elle soit, mon ambition serait de les mériter un jour.

Au moment où, pour ainsi dire, j'entre d'une façon active dans cette Faculté, au moment où, pour la première fois, je vais prendre part à son enseignement, sur le seuil de la porte qu'ils m'ont ouverte, permettez-moi, Messieurs, de rendre à mes maîtres l'hommage de ma reconnaissance. — Dussé-je ne les suivre que de loin, c'est leur exemple qui me guidera, et, puisqu'ils veulent bien me continuer leurs précieux conseils, j'ai bon espoir de m'acquitter de ma tâche d'une façon qui ne soit trop indigne ni d'eux ni de vous.

Et d'abord je vous dois quelques mots d'éclaircissement sur la manière dont je me propose de faire cet enseignement. — Il est une chose que je me garderai d'oublier, car elle est capitale, c'est que les maladies du système nerveux, non moins que les maladies de la peau, appartiennent à cette catégorie de faits qui tombent sous le contrôle immédiat de la vue. C'est là une branche de la pathologie dans laquelle le principal, sinon le seul, instrument de travail et de recherche est l'œil de l'observateur. Je serais donc bien coupable si, chargé de vous enseigner ces maladies, j'omettais d'exercer vos yeux, ou du moins de vous montrer comment il faut regarder. Car, dans notre siècle documentaire par excellence, ce que l'on veut, c'est moins savoir que voir, et à juste titre, puisque pour notre instruction toute la science des autres ne vaudra jamais une seule impression ressentie et enregistrée par nous-mêmes.

Après cette profession de foi, vous comprendrez aisément, Messieurs, que je compte dans ce cours faire la plus large part à la démonstration directe des faits. — Pour cela trois moyens différents sont à ma disposition.

Ce sont d'abord les planches et schémas, dont j'ai fait disposer ici un certain nombre, qui dans les moments difficiles nous permettront de nous orienter plus aisément et plus sûrement. Ces schémas ont été dessinés par mon préparateur, M. Guerlain, et je suis heureux de le remercier ici, lui et son collaborateur, pour le zèle et l'habileté qu'ils ont apportés à leur confection.

Un deuxième moyen de mettre pour ainsi dire les faits devant vos yeux consiste dans l'emploi des projections. Je compte, Messieurs, en user très largement; c'est là déjà un mode de démonstration plus perfectionné, puisqu'il me permettra de faire passer devant vous les photographies mêmes des pièces anatomiques ou des malades dont j'aurai à vous entretenir.

Mais ce que je voudrais, surtout, ce serait vous présenter les malades eux-mêmes, c'est là le procédé de démonstration par excellence, celui que rien ne remplace, que rien n'égale, et c'est là le troisième moyen que je compte employer. Et malgré cela j'ai, Messieurs, la ferme intention que ce cours reste ce qu'il doit être, un cours théorique, et non un cours clinique, car je vous décrirai non pas les malades eux-mêmes, mais la maladie sur les malades, et je vous les présenterai ici uniquement comme la vivante image de tel ou tel symptôme, de tel ou tel phénomène.

Tels sont, Messieurs, les éléments de démonstration dont je compte me servir pour vous faire un cours théorique... pratique. Quelque peine que j'aie pu prendre pour rassembler ces différents éléments, vous pensez bien que je n'aurais pu, livré à mes seules forces, y parvenir que très incomplètement; comme je vous l'ai dit, les planches et les schémas ont été dessinés sous ma direction; mais, quant aux projections, j'en dois une bonne part à mon maître, M. le professeur Charcot, qui, avec la libéralité qu'il sait mettre en toutes choses, m'a autorisé à puiser à pleines mains dans les admirables collections de la Salpêtrière, collections qu'il a créées, qu'il enrichit chaque jour et qui viennent de s'augmenter encore du legs important fait par le regretté professeur Damaschino.

Ces conférences s'adressant tout particulièrement aux étudiants doivent, du moins au début, rester assez élémentaires pour être à la portée de chaque auditeur sans initiation préalable. Et puisque, dans cette Faculté, il n'y a eu jusqu'ici aucune place pour les cours préliminaires de séméiotique, de propédeutique dont l'usage est si répandu en Allemagne, il me semble que c'est

à chaque professeur de faire lui-même cette besogne, grâce à laquelle, pendant la série entière des leçons, il sera assuré d'éviter tout malentendu. Je me propose donc, du moins dans les premières leçons, de bien définir les termes nouveaux qui se présenteront devant nous. — Je ne compte pas d'ailleurs, Messieurs, faire un groupe de leçons spécialement consacrées à la propédeutique, peut-être cette disposition serait-elle passablement fastidieuse, d'une part; d'autre part, elle irait contre l'intention que je vous exprimais tout à l'heure de séparer le moins possible dans ces leçons trois choses qui doivent toujours marcher ensemble : le symptôme, la maladie et le malade. Je traiterai donc en détail de chaque symptôme à propos de la maladie dans laquelle ce symptôme est prédominant, et pour ainsi dire comme introduction à cette maladie.

Pour l'anatomie, j'ai l'intention d'agir de même que pour la séméiotique; à mesure que l'étude de telle ou telle maladie nous mettra en présence de la lésion de telle ou telle région de la moelle, j'aurai soin de vous faire connaître tout ce qui a trait à l'anatomie de cette région.

Telle est, Messieurs, en général, la méthode que je compte employer; quant à la façon même dont je traiterai chaque sujet, je vous demanderai de me laisser à cet égard toute liberté, je n'ai nulle intention, et je vous en préviens, de consacrer un temps égal à chaque partie de cet enseignement; il en est, en effet, de plus importantes les unes que les autres; il en est de plus difficiles à exposer et à comprendre; il en est d'autres, au contraire, dont la description est devenue tellement classique que vous la trouvez invariablement reproduite jusque dans le moindre manuel. Vous avouerez, Messieurs, que ce serait une erreur de donner aux secondes autant de temps qu'aux premières.

La série de ces conférences devant être consacrée à l'étude des maladies de la moelle, peut-être ne sera-t-il pas tout à fait inutile, au début, de bien nous entendre sur la signification de ces mots : maladies de la moelle. — S'agit-il là, Messieurs, comme semblent le penser bien des gens, d'une pathologie vraiment à part, n'ayant pour ainsi dire pas d'analogue dans le reste de l'organisme. La moelle est-elle, en un mot, au point de vue pathologique, un Etat dans l'Etat? — Pendant la série de ces conférences tous mes efforts tendront à vous démontrer, preuves en mains, qu'à aucun point de vue, soit clinique, soit anatomo-pathologique la moelle ne se montre différente des autres organes. Et, permettez-moi de vous le rappeler, des maladies d'organes nous n'en connaissons guère, c'est par un singulier abus de langage que nous qualifions maladie ce qui n'est en réalité qu'une simple lésion ou une détermination médullaire de telle ou telle maladie générale. Pour moi, ma conviction intime est qu'on trouverait difficilement une seule maladie de la moelle qui soit une maladie dans le sens strict du mot. Prendrai-je des exemples, mais ils abondent sous nos mains : tabès, paralysie infantile, sclérose en plaques, voilà autant de maladies de la moelle qui n'en sont pas, et qui, à les considérer sous leur vrai jour, ne peuvent être rangées que parmi les déterminations médullaires de certaines maladies générales : syphilis, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc... Ce serait, à mon avis, Messieurs, une bien lourde faute que de se refuser à faire une place dans la pathologie médullaire aux recherches récentes qui ont si complètement bouleversé nos notions de pathologie générale.

A propos des progrès réalisés dans l'étude de ces maladies, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots, non pas l'historique des affections

médullaires, mais les principales phases par lesquelles ont passé nos connaissances à leur égard. — Pour retrouver l'époque à laquelle les maladies de la moelle étaient à peu près entièrement confondues avec toutes les autres affections du système nerveux sous le vocable un peu trop général de paralysies, il ne sera pas nécessaire, Messieurs, de remonter aux temps hippocratiques, c'est tout au plus s'il nous faudra nous reporter au commencement de notre XIXe siècle. C'est alors que le diagnostic myélite ou paraplégie se faisait couramment et que les plus difficiles s'en contentaient aisément. Avec Ollivier (d'Angers) commence véritablement l'étude clinique des affections médullaires, tout est encore bien confus, mais on sent au moins un effort pour observer et pour classer les résultats des observations. — Nous sommes en 1827.

Vingt-cinq ans plus tard, en 1852, Duchenne (de Boulogne) publie ses premiers travaux sur l'atrophie musculaire progressive, sur la paralysie atrophique spinale de l'enfance, et enfin, en 1858, paraît son fameux mémoire sur l'ataxie locomotrice progressive. Vous avez déjà, Messieurs, maintes fois rencontré ce nom de Duchenne (de Boulogne) dans vos livres d'anatomie et de physiologie, ceux qui viendront après vous l'y trouveront encore, car c'est là un de ces noms qui ne passeront pas; sa gloire, pour être posthume, n'en est ni moins grande ni moins vivace; à ceux d'entre vous qui ne connaissent encore Duchenne (de Boulogne) que comme physiologiste, il m'appartient de le faire connaître comme clinicien, et, dût-on, sur le buste que lui élève la piété de quelques anciens élèves, dût-on ne graver que ses titres cliniques : « Ataxie locomotrice progressive; Atrophie musculaire; Paralysies radiculaires; Paralysie labio-glosso-laryngée; Paralysie pseudo-hypertrophique, etc., etc., », il me semble que la part serait déjà assez belle, et digne de satisfaire les plus ambitieux.

Maintenant que nous avons rendu justice au Maître Ouvrier, il nous faut parler de l'Architecte, car ce fut un architecte de génie que celui qui, dans le chaos dont je vous entretenais tout à l'heure, sut non seulement découvrir des types morbides nouveaux, comme l'avait fait Duchenne, mais encore grouper ensemble tous ces types, les encastrer à la place qu'ils devaient occuper, mettre en relief leurs lésions, disposer avec une habileté consommée leurs gradations successives, donnant ainsi l'alignement à tous les travaux qui devaient être faits dans la suite.

C'est en 1859 que M. Charcot commença la série de ces beaux travaux, grâce auxquels allait s'édifier la pathologie cérébro-médullaire, je pourrais plus justement dire toute la pathologie nerveuse. Les premiers de ces travaux, portant sur l'ataxie locomotrice, les dégénérations secondaires, la sclérose en plaques, etc..., furent faits en collaboration avec M. Vulpian; bientôt ce dernier tournait sur d'autres points son activité scientifique. — Les années qui suivirent furent consacrées par M. Charcot à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie spinale infantile et des adultes, etc., etc.; c'est de cette époque que date la découverte des deux affections qui se disputent actuellement le nom de maladie de Charcot : l'une, l'arthropathie des tabétiques; l'autre, la sclérose latérale amyotrophique, et sur l'importance desquelles je n'ai pas à insister aujourd'hui. Puis viennent les leçons sur les localisations dans les maladies de la moelle, sur les amyotrophies, sur les anomalies du tabès et de la sclérose en plaques, etc .., etc..; l'énumération serait trop longue s'il me fallait y comprendre toutes les leçons dans lesquelles tel ou tel sujet de pathologie

médullaire aura été étudié sous toutes ses faces et exposé avec la clarté que vous savez, il me faudrait alors citer aussi et la leçon d'hier et celle de demain.

Mais, comme je vous l'ai dit, Messieurs, mon intention n'est pas de vous présenter un historique des maladies de la moelle, une journée n'y suffirait pas, et j'aurais, tant en France qu'à l'étranger, bien des travaux et bien des noms à vous citer, j'ai voulu simplement vous montrer par quelles étapes a passé l'étude de ces maladies et, en vous montrant le rôle prépondérant rempli par notre pays dans cette marche en avant, vous rappeler, Messieurs, que l'étude des maladies de la moelle était une des plus belles pages au livre d'or de la médecine française.

Après ces préliminaires, il est temps, Messieurs, d'aborder l'objet de ces conférences et de vous exposer l'ordre dans lequel je compte traiter les maladies de la moelle.

J'aurais voulu prendre pour base de classification unique soit l'anatomie pathologique, soit la symptomatologie, soit plus volontiers encore l'étiologie. — Mais, hélas! Messieurs, il faut bien vous l'avouer, sur tous ces sujets, nos connaissances sont encore bien imparfaites, et il me sera impossible de ne pas procéder suivant un ordre essentiellement composite, nous aurons au moins ainsi l'avantage de ne parler que d'entités morbides parfaitement définies et de rester d'une façon absolue dans la vérité clinique, la seule qui ne trompe jamais.

Nous étudierons d'abord les *dégénérations secondaires descendantes* et *ascendantes* qui constituent en somme l'aboutissant de la majeure partie des maladies de la moelle, et, à leur propos, la *paralysie spasmodique* ou *maladie de Little.*

Puis viendront les *scléroses médullaires* constituant des types cliniques spéciaux : *sclérose en plaques, tabès, scléroses combinées, maladie de Friedreich.*

Nous passerons ensuite à l'étude de la *paralysie spinale infantile* et des *amyotrophies spinales progressives*, notamment de la *sclérose latérale amyotrophique* et de quelques autres formes d'*amyotrophies* plus récemment décrites; à ce groupe se rattachera l'atrophie musculaire consécutive à des *lésions articulaires* et à certaines formes de rhumatisme chronique.

La *syringomyélie* exigera plusieurs leçons, ainsi d'ailleurs qu'un certain nombre des maladies dont il vient d'être fait mention.

Nous aurons encore à étudier les *troubles de la circulation* médullaire, et parmi eux, d'une façon particulière, le singulier phénomène de la *claudication intermittente.*

Puis viendra la grosse question des différentes variétés de la *syphilis* de la moelle, cette grande pourvoyeuse de la neuropathologie, qui, à elle seule, compte bien pour les deux tiers, sinon pour les trois quarts, dans la statistique des affections de la moelle.

L'étude des affections spinales dues à des *intoxications* nous retiendra aussi quelque temps, non pas que celles que nous aurons à étudier s'observent avec une grande fréquence dans notre pays, mais parce qu'elles éclairent d'une façon toute spéciale la pathologie de la moelle, et permettent sinon de se rendre compte de tout, du moins de soupçonner quelques modes pathogéniques d'une haute importance. Parmi ces intoxications, j'aurai surtout en vue l'*ergotisme*, le *lathyrisme* et la *pellagre*. Il nous restera encore à passer en revue celles des *myélites aiguës* ou *chroniques* dont

la description n'aura pas trouvé place dans les cadres précédents, et aussi les *tumeurs* de la moelle.

A propos des traumatismes médullaires, dont je ne vous présenterai qu'une esquisse rapide, je prendrai soin de vous décrire les accidents si souvent éprouvés par les plongeurs.

Quant aux affections des méninges spinales, elles méritent également une étude particulière, et parmi elles nous ferons une place à part à la pachyméningite cervicale hypertrophique de Joffroy et au mal de Pott.

J'en ai fini, Messieurs, avec toutes les considérations préliminaires sur la nature de ces conférences, nous pouvons maintenant nous mettre à l'œuvre, et, fidèle à mon programme, je commencerai d'une façon toute élémentaire par l'étude d'un symptôme, par l'étude technique du réflexe rotulien.

Des causes probables d'insuccès de la lymphe de Koch,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 février 1891,

Par le docteur Ch. ABADIE.

Il semble définitivement acquis aujourd'hui que le remède de Koch n'a pas donné les résultats auxquels on s'attendait. Même les plus optimistes et les plus enthousiastes de la première heure sont obligés d'avouer non seulement les échecs, mais aussi les désastres provoqués par l'usage de ce nouveau médicament.

Examinons les causes de cette chute retentissante et voyons si réellement il y a lieu aujourd'hui, après les espérances si grandes du début, de se laisser aller à un découragement aussi complet.

Après avoir tenu tout d'abord ses travaux secrets, Koch nous avoue aujourd'hui quel en a été le point de départ. Il a reconnu qu'en inoculant à des cobayes tuberculeux un produit spécial, il parvenait à les guérir. En bonne logique, les conclusions à tirer de ces expériences concerneraient seulement le cobaye. On pouvait essayer ce remède sur l'homme malade, mais en faisant à l'avance les réserves les plus formelles, en agissant avec beaucoup de prudence, en tâtonnant, en observant. Au lieu de cela, tous les malades ont été inoculés à tort et à travers, et aussitôt on a constaté les résultats les plus disparates.

L'activité très grande de la substance injectée est indéniable, mais éminemment variable. Chez les uns, elle produit des effet sextraordinaires, nuls chez les autres, manifestement nuisibles dans un certain nombre de cas.

Comment expliquer ces résultats si divers? C'est ce que nous allors essayer de tenter.

Tout d'abord, nous ferons observer que la découverte de Koch découle de la grande loi générale sur l'immunité conférée par les virus vaccins, loi définitivement établie par les travaux du laboratoire de l'Institut Pasteur.

Les produits de sécrétion des microbes, d'une façon générale, confèrent l'immunité contre les maladies produites par les mêmes microbes. Koch a mis une certaine opiniâtreté à chercher à réfuter cette loi. Ainsi s'explique sa répugnance à publier sa découverte, qui n'en est précisément que la confirmation. Mais il a eu beau s'efforcer d'être obscur dans ses explications, sa lymphe n'est, en somme, autre chose qu'un milieu de culture de bacilles

de la tuberculose débarrassé d'une façon quelconque des bacilles eux-mêmes, ce que tout le monde au courant de la bactériologie avait déjà annoncé.

S'il semble définitivement établi que les microbes, en se développant dans les milieux de culture, élaborent des substances qui confèrent l'immunité, cette immunité est seulement et exclusivement conférée contre les microbes qui ont sécrété le virus vaccin inoculé. Or, première objection, rien ne démontre encore d'une façon absolue que le bacille de la tuberculose pulmonaire découvert par Koch soit le même que celui du lupus, des tumeurs blanches, des suppurations osseuses, de la phthisie galopante, de la méningite tuberculeuse, etc...

Parce que, à l'heure actuelle, on n'a pas pu encore différencier, par des réactifs appropriés soit d'ordre chimique, soit d'ordre expérimental, les divers bacilles entre eux. Parce que le bacille trouvé dans la phthisie pulmonaire est en apparence le même que celui du mal de Pott, des tumeurs blanches, du lupus, il faudrait en conclure que ces maladies, si différentes dans leur manière d'être, dans leur évolution, sont une : Cela est inadmissible. La seule conclusion permise, c'est que le bacille trouvé dans la collection purulente d'une coxalgie ressemble parfois à s'y méprendre à celui des bacilles de la tuberculose, et qu'on ne peut encore les différencier. Mais, plus tard, qui sait ?

Voici un exemple éclatant de ce que j'avance. A un moment donné, les bactériologistes ont déclaré qu'il n'y avait aucune différence entre le bacille de Koch et celui de la lèpre. Les cliniciens devraient-ils en conclure que lèpre et phthisie étaient la même maladie? Peu s'en est fallu. Heureusement que, à un moment donné, on s'est aperçu que ces deux bacilles, absolument semblables et impossibles à distinguer l'un de l'autre, étaient l'un immobile et l'autre mobile, ce qui a permis de les différencier et de conclure que lèpre et tuberculose étaient bien deux maladies distinctes.

Méfions-nous des causes d'erreur qui peuvent nous venir de la bactériologie, science encore toute nouvelle. Pendant longtemps, la tuberculose animale aviaire a été considérée comme étant la même que la tuberculose humaine, et voilà qu'il semble démontré aujourd'hui que le bacille de la tuberculose aviaire n'a pas du tout les mêmes propriétés pathogènes que le bacille de la tuberculose humaine. Or, ce qui nous importe le plus dans l'étude d'un microbe, ce sont précisément ses propriétés pathogènes et ce sont les plus difficiles à mettre en évidence d'une façon certaine.

Les notions nouvelles que nous possédons sur la fonction microbienne, qu'on est convenu d'appeler la virulence, viennent encore compliquer singulièrement ces questions déjà si délicates. Les expériences de Chauveau, les travaux cliniques de Widal ont montré que le même microbe pouvait acquérir une virulence ou, pour plus de précision, une activité pathogène très variable, pour ainsi dire. Chauveau a montré, par exemple, qu'on pouvait à volonté, en cultivant la bactéridie charbonneuse, la rendre inoffensive et puis lui restituer une nocivité extrême. Widal a montré qu'à la suite de l'accouchement le même streptocoque pouvait provoquer soit une simple phlegmatia alba dolens des plus légères, soit des accidents de septicémie puerpérale rapidement mortels.

Donc, le côté le plus intéressant à étudier dans un microbe n'est pas sa morphologie, son aspect microscopique, ses réactions vis-à-vis certains produits chimiques, mais bien sa manière de réagir au contact de la matière

vivante, la façon dont il se comporte une fois introduit dans l'organisme. Or, c'est là l'élément que nous connaissons le moins et qui nous réserve les plus grandes surprises.

Pour s'engager sans danger dans cette nouvelle voie, il faut bien se rendre compte de ce qu'est l'atténuation du virus. Toussaint, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, qui, le premier, a fait cette belle découverte, procédait de la façon suivante : il prenait du sang d'un mouton ayant succombé au charbon, puis il chauffait ce sang pendant un certain temps à la température de 55°. Cela fait, il l'inoculait aux animaux et il parvenait ainsi à en rendre quelques-uns réfractaires au charbon. Mais il arrivait aussi que de temps en temps, en faisant ses inoculations, il en tuait un certain nombre. D'autre part, ceux qui auraient dû être vaccinés par l'inoculation ne l'étaient pas toujours et succombaient à une inoculation ultérieure de virus intensif. L'on comprend dès lors combien ces expériences et ces vaccinations devenaient dangereuses. Depuis, on a étudié de plus près la question et on a fini par trouver la cause de ces insuccès relatifs. La voici :

La bactéridie charbonneuse succombe, en général, quand on la porte à 55°, mais si l'on chauffe davantage on risque de décomposer par la chaleur le produit vaccin élaboré par elle, et, dans ce cas, on ne confère plus l'immunité et l'animal n'est pas préservé; si, au contraire, on ne chauffe pas assez et assez longtemps, les bactéridies ne sont pas tuées et l'inoculation de ce virus peut être mortelle.

Actuellement, on prend comme virus vaccin les produits de sécrétion des microbes débarrassés des microbes eux-mêmes, mais les mêmes règles que nous venons d'indiquer s'appliquent à ces substances qu'on désigne sous les noms de toxines. Pour qu'elles aient des propriétés réellement vaccinales, il faut les prendre dans des conditions strictement déterminées, et parfois très difficiles à établir et à maintenir. En deçà ou en delà de ces limites, ces produits deviennent ou inoffensifs ou nuisibles et, par conséquent, leur inoculation peut être d'un effet nul ou dangereux.

Roger et Charrin ont démontré, en effet, qu'un animal inoculé avec un virus atténué auquel il aurait résisté dans des conditions normales, succombe quand on lui inocule en même temps soit un autre microbe, soit une substance toxique capable d'affaiblir son degré de résistance. Il semble que, si le produit toxique sécrété par un microbe confère l'immunité contre le microbe qui l'a élaboré, en revanche ce même produit toxique introduit dans l'économie affaiblit sa résistance vis-à-vis d'autres microbes. Ainsi s'expliqueraient les effets désastreux de l'inoculation de la lymphe de Koch. Cette lymphe ne peut agir comme virus vaccin que contre le microbe qui a servi à la produire; en outre, il faut que cette substance éminemment instable ait été isolée et fixée au moment précis où elle possède des propriétés vaccinales. Introduite dans l'organisme alors que celui-ci est envahi par un microbe tant soit peu différent, elle a un effet nocif au lieu d'un effet curatif, et donne une sorte de coup de fouet à l'activité pathogène des autres microbes dont l'organisme est envahi.

En somme, si une voie nouvelle est ouverte à la thérapeutique avec le virus vaccin, on voit avec quelle prudence il faut s'y engager. Pour combattre une maladie microbienne, il faut être sûr que la matière inoculée provient d'un microbe exactement le même, ayant le même degré de virulence que celui qu'on veut combattre. En s'écartant de cette règle absolue, on s'expose aux plus cruels mécomptes. Si délicates que soient ces ques-

tions, on doit conserver l'espérance de les résoudre, mais non du jour au lendemain. Gardons-nous surtout de trop vouloir généraliser.

BIBLIOTHÈQUE

Contribution a l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-1890. Ses rapports avec l'aliénation mentale, par M. A. Leledy. (Th. de doct., 5 fév. 1891, n° 116.)

L'épidémie de grippe de l'année dernière a fait éclore un certain nombre de travaux importants sur les relations entre cette affection et d'autres affections antérieures ou intercurrentes. C'est à ce titre que nous appelons l'attention sur celle de M. Leledy, ancien interne à l'asile d'aliénés de Beauregard, à Bourges, basée sur 99 observations, la plupart inédites. Elle se résume de la manière suivante :

Au même titre que les autres maladies infectieuses (variole, dothiénentérie, diphthérie, etc.), la grippe peut être l'occasion d'une psychopathie.

La folie peut survenir aux diverses périodes de la maladie, est susceptible d'affecter toutes les formes du délire vésanique, et n'a pas de symptomatologie spéciale.

Le rôle joué par la grippe est variable. Tantôt cause occasionnelle, elle peut être ailleurs cause déterminante, adjuvante. Là s'arrête son rôle étiologique ; elle ne saurait être regardée comme cause essentielle, pathogène ; il existe toujours une prédisposition innée ou acquise.

L'aliénation est due à des altérations cérébrales produites par des troubles de la nutrition, de la circulation et par les toxines de l'agent infectieux. Le début est souvent brusque, et il n'existe aucune corrélation entre la gravité des symptômes et l'apparition du délire. La durée est d'autant plus courte et la guérison d'autant plus fréquente que la prédisposition est moins accusée. Dans les autres cas, la folie peut passer à la chronicité et à l'incurabilité.

Chez les aliénés, on a constaté peu de cas de grippe. Rarement la maladie aiguë a guéri des psychoses. Cet heureux résultat a cependant été signalé. En général, les aliénés, plus calmes et plus lucides pendant la maladie, retrouvaient bientôt leur délire au sortir de la convalescence.

Le traitement n'a rien de spécial. Il est indiqué par les lésions accessoires, nées de la maladie infectieuse, qui donnent au délire un cachet variable selon les cas.

Les psychoses de l'influenza peuvent donner lieu à des expertises médico-légales. Des suicides ont été signalés, des meurtres, d'autres crimes ou délits peuvent être commis ; mais, dans des cas pareils, l'irresponsabilité s'impose. — Dr Ph. L.

REVUE DES JOURNAUX

A propos de la maladie de Graves (*Soc. ophthal. du Royaume-Uni*, 1890). — M. Sharkey a cherché à préciser la valeur que l'on doit attribuer au symptôme de Græfe, en examinant 613 personnes souffrant d'affections diverses. Chez 12 d'entre elles, soit un peu moins de 2 p. 100 des cas, le symptôme était évident, et, chez plusieurs autres, la fixation du regard sur un objet tenu devant les yeux le faisait apparaître. Comme, d'autre part, le signe palpébral fait assez souvent défaut dans les cas avérés de goître exophthalmique, il en résulte que sa valeur pathognomonique n'est guère considérable. D'après les observations de Stellewag, le clignement inconscient est moins fréquent et moins complet dans la maladie de Graves que dans l'état de santé. Ce fait rapporté par l'auteur à une affection centrale est le premier résultat de la maladie, et la rétraction palpébrale aussi bien que le symptôme de Græfe en sont la conséquence.

M. Lawford a rapporté un cas de guérison de goître exophthalmique. Il s'agissait d'une femme de 43 ans, gravement atteinte pendant dix ans, qui s'est peu à peu remise. Elle ne présente plus que de légères atteintes de bronchite et un peu d'exophthalmie.

M. Poulett Wells a vu guérir rapidement par le fer et le bromure une femme atteinte de tous les symptômes de la maladie de Graves.

M. Anderson a vu aussi la maladie guérir, mais en laissant une pigmentation cutanée considérable.

M. Hardy a rencontré l'alopecia areata dans 3 cas, dont 2 accusaient une pigmentation notable. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 avril. — Présidence de M. LABBÉ.

M. GAUCHER rappelle, à propos du procès-verbal de la précédente séance, que c'est lui qui a préconisé le premier l'acide borique comme médicament antibacillaire applicable à la tuberculose du poumon et de la peau ; c'est peut-être l'action de l'acide borique qui a produit la guérison dans les cas de péritonite tuberculeuse où M. Debove a lavé la séreuse péritonéale avec de l'eau boriquée.

M. DEBOVE ne croit pas qu'il faille faire honneur de ces guérisons à l'acide borique. L'eau bouillie eût produit les mêmes résultats. L'acide borique a du reste un mérite comme médicament interne, c'est d'être d'une toxicité presque nulle. M. Debove en a fait prendre 10 à 15 grammes sans inconvénients.

Chorée de Sydenham et chorée rythmique chez une hystérique. — M. SÉGLAS a observé une jeune fille qui, à 15 ans, avait eu la chorée de Sydenham. A 19 ans, elle a eu une nouvelle atteinte avec mouvements désordonnés généralisés, mais prédominants à gauche. De ce côté, diminution de la sensibilité au contact et à la piqûre, ainsi que du sens musculaire; légère hyperesthésie ovarienne; pas d'antécédents rhumatismaux, ni de lésion cardiaque.

Au bout de deux mois, les mouvements choréiques ne persistaient plus que dans le bras gauche, mais alors ils ont pris le caractère rythmique à faible amplitude et reproduisaient nettement, au bout de quelques jours, le type de la chorée malléatoire. Pendant ce temps, la malade avait des crises d'hystérie, l'hémi-anesthésie gauche et l'ovaralgie s'accentuaient; on pouvait provoquer l'hypnotisme.

Il y a eu dans ce cas, suivant M. Séglas, non pas deux maladies successives, la chorée de Sydenham et la chorée hystérique, mais deux manifestations différentes de l'hystérie.

FORMULAIRE

SOLUTION ET POUDRE CONTRE LA FIÈVRE DES FOINS. — Ruault.

Chlorhydrate de cocaïne	2	grammes.
Glycérine	4	—
Eau distillée q. s. pour compléter 10 centimètres cubes.		

Faites dissoudre. — Dès le début de l'accès de la fièvre des foins, on badigeonne, à l'aide d'un pinceau, toute la muqueuse nasale que l'on peut atteindre, et on recommence un second badigeonnage, cinq minutes après le premier.

Dans le même but, on peut insuffler dans le nez la poudre suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	2	grammes.
Benjoin finement pulv	6	—
Sucre finement pulv	2	—

Mêlez. — La cocaïne, en raison de son action vaso-constrictive, peut enrayer l'accès et l'empêcher de reparaître pendant toute la saison. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 2 avril 1891, ont été nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Tourbis (de Valence) et Gautret (de Clermont).

— MM. Delpeuch, Mathieu, Le Gendre, Lebreton, Gilles de la Tourette, Widal, Lermoyez, Dalché, Giraudeau et Béclère ont été déclarés admissibles à la troisième épreuve du concours pour trois places de médecin du Bureau central.

— M. le docteur Viret a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société française d'ophtalmologie se réunira à Paris, le lundi 4 mai 1891, à huit heures et demie du matin à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Médecins présidents de Conseils généraux. — M. le docteur Dupré, ancien sénateur, a été élu président du Conseil général des Hautes-Pyrénées; M. le docteur Th. Roussel, sénateur, est président de celui de la Lozère; M. le docteur Rebatel, de celui du Rhône; M. le docteur Cornil, de celui de l'Allier.

Congrès des médecins et chirurgiens américains. — La seconde réunion de ce Congrès aura lieu à Washington, les 22, 23, 24 et 25 septembre 1891. Président, S. Weir Mitchell.

Le premier jour seront discutés les conditions de l'infection des plaies, la désinfection, le rôle des bactéries dans la suppuration, la résistance des tissus à la multiplication des bactéries, les effets des agents antiseptiques.

Le second jour, les manifestations tardives de la syphilis.

Le troisième jour, les processus fibroïdes (inflammation chronique interstitielle, sclérose), pathologie et étiologie ; influence des diathèses et de l'hérédité.

Les empoisonneurs de l'armée. — Nous lisons dans le *Lyon médical* : Il y a quelques mois nous enregistrions dans ce journal l'indulgence des tribunaux français et la juste sévérité des tribunaux allemands à l'égard des industriels sans conscience qui fournissaient à l'armée des viandes qu'ils savaient contaminées. Aussi avons-nous encore à signaler un cultivateur et un courtier en bestiaux qui ont livré aux hommes de la garnison de Compiègne des viandes provenant d'animaux morts de maladies contagieuses. Le premier a été condamné à 15 jours de prison et 25 francs d'amende, le second à 16 francs d'amende. Deux vétérinaires de la région qui n'avaient pas fait la déclaration prescrite par l'art. 3 de la loi du 21 juillet 1887 sur la police sanitaire des animaux ont été condamnés l'un à 400 francs, l'autre 60 francs d'amende.

Pour de pareils méfaits, quelques jours de prison et des amendes de 25 à 400 francs, c'est peu. N'est-ce pas déclarer implicitement que la vie des soldats est une quantité négligeable?

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Saint-Arroman (de Paris), Sabourrin (d'Angles-sur-l'Anglin), Voisard (de Vesoul).

Hôpital Tenon. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi 20 avril 1891, à dix heures du matin, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique. Insuffisance tricuspidienne.

Par M. le docteur Rendu.

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans le service, au n° 24 de la salle Delpech, une femme de 52 ans qui est atteinte d'une affection complexe du cœur, intéressante par les modifications rapides qui se sont produites dans les phénomènes stéthoscopiques.

La malade est entrée le 23 mars, il y a quinze jours, en plein état d'asystolie. Elle présentait de la cyanose, sa figure était vultueuse, ses lèvres livides, elle semblait asphyxier. Même au repos, l'étouffement était considérable et la respiration anxieuse; le décubitus dorsal était impossible. Au premier coup d'œil, on pouvait constater l'existence d'une anasarque considérable : tuméfaction des jambes, distension de la peau du ventre, bouffissure légère de la face, les paupières restant indemnes. La patiente, engourdie, somnolente, toussait très fréquemment et expectorait des crachats visqueux, un peu épais, ne contenant pas de sang, mais très tenaces comme dans la congestion ou l'œdème du poumon.

Comme symptômes cardiaques, on constatait, outre l'oppression, des accès de palpitations, de l'angoisse précordiale, des étourdissements, des sensations vertigineuses et des éblouissements.

Enfin il y avait des symptômes de congestion rénale et hépatique : urines rares, très rouges, chargées d'urates, albumineuses; teinte subictérique très nette des conjonctives.

Tout ceci indiquait une affection du cœur qui semblait arrivée à sa dernière période, et, du reste, le diagnostic n'était pas à faire, car la malade racontait que, depuis quatorze ans, elle souffrait de troubles cardiaques.

Voici les signes physiques que nous avons constatés à ce moment, signes qui semblaient absolument nets. Il n'y a pas de voussure précordiale, mais le thorax est simplement bombé par un peu d'emphysème existant des deux côtés. A la palpation, il est impossible de sentir la pointe du cœur. La percussion permet de constater une matité très évidente, le cœur est gros ou dilaté; cette matité est de 14 à 15 centimètres transversalement et atteint 13 à 14 centimètres le long du bord droit du sternum. A l'auscultation, on constate d'abord une arythmie considérable; les battements sont inégaux, irréguliers, il y a des faux pas, etc. De plus on trouve de suite un souffle systolique énorme, net à la pointe, ayant son maximum au niveau de la

région mammaire, se propageant vers l'aisselle et semblant manifestement dû à une insuffisance mitrale. En étudiant le souffle avec soin, on peut constater qu'il y a une deuxième propagation très nette vers la région sternale. S'agit-il d'une extension du foyer ou d'un foyer nouveau? Cette dernière opinion est la plus probable, car le bruit rétro-sternal est à timbre bien plus grave que celui qui se trouve à gauche, et il tient sans doute à une insuffisance tricuspidienne.

Cette présomption devient une certitude si l'on pousse l'examen plus loin. Les veines jugulaires sont gonflées et saillantes et semblent deux sangsues placées sur les côtés du cou, elles présentent des battements rythmés ou plutôt irréguliers, mais dont les irrégularités suivent exactement celles du cœur; il y a donc une régurgitation à travers l'oreillette droite, et il s'agit d'un vrai pouls veineux indiquant l'insuffisance tricuspide. Du reste il y a aussi des battements hépatiques absolument caractéristiques.

Le pouls, petit, irrégulier, intermittent, presque insensible à certains moments, offre tous les caractères de la faible tension artérielle.

A la base, on ne trouve rien de net, et le deuxième bruit, mal frappé, disparaît dans l'arythmie cardiaque.

Les autres symptômes s'enchaînent : il y a de l'hypertrophie du foie, de la congestion et de l'œdème pulmonaire avec submatité et râles sous-crépitants aux deux bases, en un mot une stase sanguine générale.

Aujourd'hui, après quinze jours de traitement, le tableau clinique est très différent. Les œdèmes et l'anasarque ont disparu; il en est de même de la cyanose et les lèvres sont rosées comme celles d'une personne qui se porte bien. Les urines sont abondantes, leur quantité variant de un litre et demi à deux litres par jour, elles sont claires et l'albumine en a complètement disparu. Le foie est encore un peu volumineux, mais il n'y a plus rien du côté des poumons. et le pouls est régulier et un peu dur, ce qui indique un excès de tension tenant à la digitale. Le sommeil et l'appétit sont revenus et le décubitus dorsal est possible. Bien qu'il persiste un peu de tendance aux étourdissements, la métamorphose est complète, car la compensation existe, la tension artérielle est survenue et le cœur se contracte bien.

Théoriquement, les bruits organiques devraient avoir persisté dans leur siège primitif, tout en augmentant de netteté. La disparition du bruit de l'insuffisance tricuspide est possible dans les cas de ce genre, mais l'insuffisance mitrale, elle, devient plus évidente, les contractions du cœur se faisant avec plus d'énergie.

Or, notre examen nous fournit les résultats suivants ; La pointe, que l'on peut facilement sentir, bat un peu en bas et un peu en dehors; son impulsion est nette et l'on a pu sentir, à un certain moment, un frémissement cataire présystolique qui, du reste, a disparu aujourd'hui. La matité a diminué d'étendue. A l'auscultation, on ne trouve plus de souffle mitral et le souffle rétro-sternal a aussi cessé. Par contre, un bruit nouveau est apparu; c'est un souffle grave, presque un ronflement, qui est présystolique et suivi d'un claquement bref, systolique; le bruit correspond à la présystole d'une manière exacte, c'est-à-dire qu'il répond à la contraction de l'oreillette. De plus, il y a un dédoublement du deuxième bruit qui s'entend déjà à la pointe, mais est plus marqué au niveau de la base. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le deuxième temps du dédoublement est

remplacé par un souffle doux, filé, aspiratif, débutant d'emblée avec son intensité maximum et s'atténuant peu à peu en un murmure indistinct. Le foyer de ce souffle se trouve au deuxième espace droit, le long du bord du sternum; c'est le foyer des bruits aortiques.

Quelle transformation! Nous avions fait le diagnostic d'une double insuffisance mitrale et tricuspide, et, maintenant, il est impossible de dire autre chose que : rétrécissement mitral, insuffisance aortique.

L'explication du bruit du rétrécissement est facile. Le souffle présystolique correspond au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule. Il se termine à la systole, qui est nette, sans souffle, empiétant sur le petit silence. Puis survient la pause cardiaque pendant laquelle le ventricule se remplit lentement sans bruits morbides. Le dédoublement est dû au claquement inégal et successif des valvules sygmoïdes. Ici il est facile de constater, en auscultant attentivement, que les valvules pulmonaires retombent les premières, ce qui prouve un excès de tension dans l'artère.

Comment interpréter tous ces signes?

Y a-t-il concomitance ou succession des insuffisances et du rétrécissement, superposition de lésions, erreur de diagnostic?

Nous ne nous sommes pas trompés il y a quinze jours; il y avait réellement une double insuffisance et n'importe qui entendait les souffles. Seulement les lésions qui semblaient primitives étaient en réalité secondaires et liées à la dilatation passagère des ventricules. Ceci est bien connu pour l'insuffisance tricuspide, mais existe aussi pour le cœur gauche. Des deux côtés, quand le ventricule est dilaté, les piliers s'écartent; il en est naturellement de même des insertions des cordages tendineux aux piliers et forcément aussi des bords des valvules qui laissent entre eux un hiatus béant au moment de la systole.

La dilatation du cœur n'est pas un phénomène purement mécanique; c'est, avant tout, un phénomène dynamique. On a beaucoup trop raisonné pour le cœur comme pour une pompe aspirante et foulante, car les parois sont vivantes et toute la question est là. Avec n'importe quelle lésion valvulaire, le cœur peut remplir son rôle, si la contraction musculaire se fait bien et si l'influx nerveux est normal. Tous les ans, à la Société anatomique, on présente des cœurs de malades qui ont pu vivre jusqu'à l'âge adulte, et même jusqu'à l'âge mûr, avec des lésions congénitales considérables.

C'est l'insuffisance du muscle, et surtout celle de l'influx nerveux, qui amène la dilatation. Dans la tachycardie, dans le goître exophthalmique, le cœur se dilate d'une façon aiguë sans qu'il y ait de lésion valvulaire et les accidents peuvent être fort graves. Le cœur est en bon état, en apparence, et cependant il se laisse distendre. Toutes ces dilatations coïncident presque toujours avec de l'arythmie. Or, quand la malade est entrée, elle présentait une arythmie énorme, car c'est là un phénomène de même ordre se rattachant aux troubles de l'influx nerveux.

Je m'éloigne donc de la théorie mécanique du professeur Peter, qui décrit dans le rétrécissement mitral les stades suivants : stase dans l'oreillette gauche; encombrement dans les veines et les capillaires pulmonaires; augmentation de travail du ventricule droit, qui s'hypertrophie et se force. Evidemment, les successions de ces phénomènes peuvent s'observer, et on trouve fréquemment, dans les autopsies de malades atteints de rétrécissement mitral, de l'hypertrophie avec dilatation du ventricule droit, tandis

que le ventricule gauche est réduit de volume; mais M. Peter a eu le tort de trop négliger le côté nerveux, qui entraîne des dilatations brusques et transitoires.

Du reste, ce sont là des phénomènes connexes, difficiles à séparer. Le rôle mécanique des lésions cardiaques est certainement important, mais le point de départ est vraisemblablement le système nerveux. Dès que la stimulation du pneumogastrique agit sur le muscle, la tension vasculaire se relève; c'est là l'action de la digitale.

La lésion fondamentale est donc le rétrécissement mitral. Quel est maintenant le rôle de l'insuffisance aortique? On ne peut admettre qu'il s'agira d'une dilatation fonctionnelle de l'orifice, et nous sommes en présence d'une lésion. La concordance du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique est peu commune. L'endartère n'est pas ordinairement prise en même temps que l'endocarde, et, ici, les mêmes conditions étiologiques ont agi sur les deux systèmes. Peut être aussi y a-t-il eu propagation de l'inflammation de l'orifice mitral à l'orifice artériel, les deux se trouvant à peu près à la même hauteur? Vulpian a autrefois montré la possibilité de ce mécanisme.

Chez notre malade, le premier bruit est intact et le second n'est pas rugueux; il y a simplement le souffle type de l'insuffisance, net et doux. On peut affirmer, d'après ces résultats de l'auscultation, que l'aorte est intacte, que les valvules ne sont pas incrustées. Il s'agit probablement d'une soudure des bords latéraux.

Le pouls n'est pas bondissant, ce qui tient à ce que la colonne sanguine qu'envoie le ventricule à chaque systole est moins volumineuse. De même, il n'y a ni pouls capillaire, ni danse des artères. Cependant, comme je vous l'ai dit, on constate des vertiges persistants que l'on peut rattacher à la lésion de l'orifice.

Le reste de l'aorte paraît sain; il ne peut se trouver de dilatation appréciable de la crosse, non plus que des vaisseaux sous-claviers et carotidiens. Les deux pouls sont égaux et, en fait, on peut admettre l'absence d'athérome aortique.

Il nous reste, maintenant, à faire le diagnostic étiologique. Le père de la malade est mort d'une affection cardiaque, mais sa mère a vécu jusqu'à 90 ans et semble n'avoir succombé que sous le poids de la sénilité.

Jusqu'à son mariage, qui a eu lieu à 23 ans, X... n'a pas eu d'autre accident que des migraines pendant ses règles. A 24 ans est survenu un rhumatisme articulaire qui dura trois mois et entraîna probablement la production d'une endocardite. Depuis, il y a eu quelques douleurs, mais jamais de nouvelle crise fébrile. Par contre, la malade a eu des grossesses répétées; elle a accouché dix fois, y compris une grossesse gémellaire et une fausse couche, mais huit de ses enfants sont morts de tuberculose cérébrale ou pulmonaire. Les travaux d'Ollivier ont mis en évidence ce rôle étiologique des grossesses dans l'endocardite. Peut-être la grossesse peut-elle créer d'emblée cette affection; à coup sûr, elle l'aggrave.

L'affection cardiaque date probablement du rhumatisme survenu à 24 ans; les premiers troubles fonctionnels se sont montrés à 38 ans, quatorze ans plus tard. Peut-on admettre que la maladie est restée latente tout ce temps? Ce n'est pas impossible, surtout si l'on admet que le rétrécissement mitral est léger.

Pendant longtemps, il n'y a eu comme symptômes que des palpitations, de l'oppression facile, des troubles dyspeptiques (inappétence et lenteur des

digestions sans douleurs; — retour des palpitations à l'occasion des repas). Les vertiges ne sont venus que plus tard. Faut-il en conclure que la lésion aortique est postérieure? On ne peut le dire.

Le pronostic est grave, parce qu'il y a eu une crise d'asystolie complète. Cependant on peut faire des réserves, à cause de la nature de la lésion (rétrécissement pur sans insuffisance persistante); — à cause de l'intégrité relative des reins et des poumons (disparition rapide de l'albuminurie et des râles); — à cause de l'absence d'athérome des artères périphériques.

Comme conditions fâcheuses, on doit noter la facile dilatation des cavités droites et l'excès de tension dans l'arbre circulatoire pulmonaire, indiqué par ce fait que le claquement pulmonaire précède le souffle aortique.

Bien que le pouls jugulaire ait disparu rapidement, on doit admettre le retour possible de la stase veineuse et du réflexe tricuspidien. De plus, il ne faut pas oublier la possibilité de la congestion pulmonaire, accident très fréquent dans le rétrécissement mitral.

L'insuffisance aortique n'ajoute pas beaucoup à la gravité de la situation, car elle est en partie compensée par la lésion mitrale. Néanmoins, elle ajoute un surcroît de travail pour le ventricule gauche.

Ajoutons que la situation sociale de cette femme, forcée à un travail actif, est encore une mauvaise condition.

Néanmoins, comme ces symptômes, apparus il y a quatorze ans, ne sont devenus véritablement gênants que depuis quelques mois, que les organes périphériques se défendent bien, qu'il n'y a ni ascite, ni épanchement pleural, rien n'est désespéré.

En tête du traitement se place le repos. Vient ensuite l'administration de la digitale à haute dose; 0,50 en macération pendant dix jours consécutifs. Une fois la crise terminée, cette dose a été abaissée à 0,25.

L'influx nerveux étant rapidement devenu bon, il a été inutile de prescrire de la caféine, et la promptitude de l'amélioration a rendu superflus le lait et les drastiques. L'opium n'est pas indiqué, vu la disparition de l'arythmie.

Toutes les indications se résument donc en celles-ci : soutenir la pression sanguine et ne pas fatiguer le cœur.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Deuxième session tenue à Paris les 2, 3 et 4 avril 1891.

1° Syphilis.

M. Jullien a pu recueillir un grand nombre de cas de *syphilis héréditaire.* Deux cent six grossesses observées dans 43 ménages ont donné 35 avortements, 8 mort-nés, 69 morts peu de temps après la naissance; il reste 50 syphilitiques survivants; enfin, 43 enfants sont en bonne santé. Un grand nombre d'observations ont permis d'observer *la loi de décroissance de Diday;* cependant, quelques-unes la contredisent. Très souvent la cause de la mort a été la méningite, sur la nature de laquelle on peut émettre diverses hypothèses; viennent ensuite le croup, les convulsions, l'athrepsie. La syphilis héréditaire entraîne donc une mortalité énorme. Une des malades de M. Jullien, mariée deux fois, a eu 20 grossesses, et il ne lui reste que 3 enfants vivants.

M. Ferras a vu des cas d'hérédité syphilitique anormale. C'est ainsi qu'après un ou deux enfants sains peuvent naître des enfants syphilitiques, l'infection réapparaissant en même temps chez les parents. Une des causes de mort très fréquentes dans l'hérédo-

syphilis est la méningite, qui est très probablement souvent de nature syphilitique. L'arrêt de développement est quelquefois très marqué et brusque quand les parents syphilitiques ont été incomplètement traités, il faut qu'ils se traitent de nouveau, même après avoir eu des enfants sains.

M. Augagneur rappelle d'abord la loi de décroissance de Diday : une femme syphilitique qui avorte au deuxième mois à la première grossesse, avortera ensuite de plus en plus tard et finira par pouvoir arriver au terme de la gestation. Les exceptions à cette loi peuvent s'expliquer si l'on compare la syphilis au charbon bactéridien. Dans ce dernier, l'immunité du fœtus tient à ce que le micro-organisme passe à travers le placenta. Mais cette immunité n'existe pas pour tous les fœtus d'une même portée. Il en est probablement de même du virus syphilitique qui, influencé par le traitement ou par tout autre cause, peut, dans une grossesse, ne pas passer à travers le placenta, et le traverser dans une autre.

MM. Barthélemy et Gaucher croient à l'existence de la méningite syphilitique, et, en Angleterre on a vu ces méningites guérir par des frictions mercurielles. La méningite tuberculeuse est d'ailleurs fréquente chez les hérédo-syphilitiques.

Excision du chancre. — M. Barthélemy montre un malade porteur d'une roséole syphilitique. Le chancre développé sur le prépuce a été très rapidement accompagné d'une lymphangite spécifique, de telle sorte que l'on n'aurait pu faire qu'une excision inutile. Pour M. Barthélemy, bien que l'infection soit locale au début, l'excision ne peut guère donner de bons résultats si l'intervention chirurgicale est limitée à la sclérose initiale seule. Il faudrait donc essayer de stériliser le terrain, d'atténuer le virus pendant la période d'incubation.

M. Augagneur a dû enlever le prépuce chez un malade atteint de blennorrhagie qu avait un phimosis très serré. Deux mois après le coït qui avait été suivi de la blennorrhagie survinrent une roséole et des ganglions dans l'aine. Il fut impossible de trouver trace de chancre. Ce cas tend à affaiblir la valeur préventive de l'excision, même très précoce. D'ailleurs, dès que le chancre paraît, la région est infectée jusqu'à la première étape ganglionnaire, ce qui rend très problématiques les chances de l'excision.

M. Abadie insiste sur certaines *lésions des membranes profondes de l'œil dans la syphilis.* Il veut parler de chorio-rétinites qui se montrent sous la forme de foyers, tantôt localisés, circonscrits, dans la région de la macula avec ou sans trouble du corps vitré.

Remarque importante à noter : leur évolution, tout en désorganisant la rétine et compromettant gravement la vision, ne provoque aucune inflammation extérieure, de telle sorte que sans le secours de l'ophthalmoscope elles passeraient inaperçues.

Il est aussi une forme de syphilis oculaire acquise encore fort peu étudiée jusqu'ici qu'on observe chez les individus âgés (ayant dépassé la soixantaine) qui contractent la syphilis. Chez eux les accidents secondaires cutanés sont tellement légers qu'ils passent presque toujours inaperçus, sauf pourtant des plaques muqueuses tenaces qui occupent la bouche.

Du côté des yeux, il n'y a ni iritis ni accidents aigus, mais la papille et la rétine s'infiltrent, le corps vitré se trouble et, comme les deux yeux sont habituellement atteints simultanément, la vision baisse très rapidement et d'une façon considérable.

En outre cette forme de syphilis oculaire sénile acquise est particulièrement rebelle à tous les traitements, s'écartant encore par là des accidents oculaires dits secondaires de la syphilis acquise des adultes.

Le traitement de ces diverses manifestations syphilitiques oculaires diffère de celui habituellement employé. Dans les formes bénignes légères de la kératite parenchymateuse l'iodure de potassium peut rendre quelques services. Mais dans les formes graves il est indispensable de recourir aux injections sous-cutanées de sublimé à la dose d'un centigramme tous les deux jours.

Dans ces mêmes formes graves, l'iodure de potassium ne doit pas être associé aux injections de sublimé; peut-être ces deux médicaments en se combinant forment-ils un sel d'iodure de mercure trop irritant pour la cornée?

Du reste, d'une façon générale, dans les localisations de la syphilis aux membranes profondes, l'iodure de potassium n'agit pas favorablement, parfois même il semble exercer une influence nuisible.

La syphilis sénile est toujours d'une ténacité désespérante. Il est arrivé à M. Abadie dans ces cas-là de faire directement des injections locales sous-conjonctivales et intra-oculaires d'une à deux gouttes de sublimé à la dose de 1 p. 1000. Il a parfois obtenu ainsi de bons résultats alors que tout avait échoué.

M. Ferras s'est efforcé de trouver des signes permettant de reconnaître la *nature syphilitique du tabès*. Sur 58 cas, 5 fois seulement il n'a pas trouvé la syphilis; en laissant de côté les cas où il pouvait y avoir eu action d'une autre cause, il en reste 42. Beaucoup de malades (11) ont été frappés de la quatrième à la sixième année; 14 l'ont été de la douzième à la vingt-quatrième. Parmi les symptômes habituels de la maladie, les douleurs fulgurantes n'ont été notées que 3 fois. Dans 8 cas il y a eu de l'hémiplégie avec ou sans aphasie avant le tabès et 1 fois de l'encéphalite diffuse. Comme symptômes précurseurs il a aussi observé les hallucinations olfactives, l'anosmie, l'hyperacousie, la cophose.

Le tabès n'est pas toujours d'origine syphilitique, mais cette origine est très fréquente.

Il faut toujours observer le système nerveux chez un syphilitique afin de pouvoir intervenir de bonne heure.

2° Blennorrhagie.

De la non-spécificité du microbe blennorrhagique. — M. Eraud (de Lyon) a trouvé dans l'urèthre de jeunes gens absolument indemnes de tout accident vénérien, dans la prostatite subaiguë et dans l'arthrite blennorrhagique, un diplocoque staphylocoque identique par ses réactions micro-chimiques, ses caractères morphologiques et ses cultures au diplocoque de Neisser obtenu dans des cultures pures. La méthode de Gram conduit à la décoloration de ces microbes, le saprophyte de l'urèthre se décolorant cependant un peu moins complètement.

M. Abadie a aussi étudié les ptomaïnes sécrétées par ces microbes. Il a particulièrement étudié la *diastase*. Cette substance n'est pas toxique, elle ne produit pas de phlogose ni de suppuration lorsqu'elle est injectée dans le tissu cellulaire d'animaux différents, mais, lorsqu'elle est injectée dans un des testicules du chien jeune, l'autre étant gardé comme témoin, on obtient ainsi de l'*orchite* d'abord, puis de la suppuration de la vaginale, et enfin l'*atrophie* du testicule.

En résumé, il y a donc lieu d'admettre que ces microbes divers (gonocoque, staphylocoque uréthral) sécrètent un ferment, une diastase qui semblent avoir une action élective sur le parenchyme testiculaire, et qui montrent qu'on peut obtenir de la suppuration sans l'intervention des microbes.

M. Eraud ne veut point émettre de théorie, mais il pense que la spécificité du gonocoque est fortement compromise, si surtout on considère que, sur d'autres champs de la sphère médicale, la spécificité microbienne est également mise en doute. Il croit qu'il y aura là bientôt un terrain neutre, qui pourra servir de trait d'union aux *phlogogénistes* et aux *virulistes*, et qui pourra montrer que si, dans la grande majorité des cas, il faut faire intervenir la contagion, dans d'autres cas plus rares, il faudra admettre l'idée de *transformisme*, en raison duquel le microbe pourra acquérir des propriétés virulentes sous l'influence de conditions encore à déterminer.

Le mercure dans le rhumatisme blennorrhagique. — M. Morel-Lavallée a vu deux cas de rhumatisme blennorrhagique guérir à la suite de l'administration de pilules de proto-iodure données pour une syphilis antérieure.

Dans un cas, il y avait des arthropathies à tendance plastique et, dans l'autre, une polyarthrite progressive, s'accompagnant d'atrophie musculaire, et simulant le rhumatisme noueux des pieds et des mains. Le traitement classique échoua dans ce dernier cas et la rétrocession des lésions ne fut obtenue que par l'administration de 0,10 de proto-iodure par jour. Peut-être le rhumatisme blennorrhagique, ou au moins

quelques-unes de ses formes, se développen-ils mieux sur un terrain syphilitique? D'autre part, on pourrait aussi penser que le mercure exerce une action spécifique.

L'albuminurie liée à la blennorrhagie. — MM. Balzer et Souplet rappellent d'abord qu'un certain nombre de travaux ont été faits sur l'albuminurie blennorrhagique. Eux se sont surtout occupés des phases aiguës de la blennorrhagie qui ont été beaucoup moins étudiées à ce point de vue. Les urines de 103 malades leur ont donné les résultats suivants : Blennorrhagie, 50 cas; avec albuminurie, 9 cas. Orchites simples, 91 cas; avec albuminurie, 10 cas. Orchites doubles, 19 cas; avec albuminurie, 4 cas. Cela donne une proportion de 14 p. 100 environ.

Cette albuminurie est latente, elle s'accompagne souvent de cystite (6 cas) et d'orchite (14 cas), mais elle manque aussi chez des malades qui présentent ces complications de la blennorrhagie, et quelquefois même sont très gravement atteints. Cette albuminurie est très variable dans sa marche et dans son intensité; elle peut être intermittente, sujette à des reprises après sa cessation complète. La durée moyenne a été de quatre ou cinq jours, et, dans certains cas, de trois semaines.

La plupart des malades n'avaient pas subi de traitement avant leur entrée, et MM. Balzer et Souplet n'ont pu juger de la nocuité des balsamiques; ils les regardent comme nuisibles une fois l'albuminurie déclarée.

Il convient, sans doute, d'expliquer cette albuminurie, avec les auteurs les plus récents, par l'urétérite et la pyélonéphrite ascendantes, mais il faut attribuer aussi un certain rôle à l'infection générale, surtout quand l'albuminurie est très abondante. Dans les cas d'orchite, notamment, sont réalisées des conditions favorables à la diffusion des principes infectieux et partant à la genèse de l'albuminurie.

Le repos, le régime lacté ont de prompts et heureux effets; il est préférable que le régime lacté soit continué longtemps et sans adjonction des antiseptiques ou des balsamiques.

La conclusion pratique que nous voulons tirer de cette note, c'est que l'examen de l'urine s'impose au médecin au cours de la blennorrhagie; il doit se rappeler cette assertion de Rayer, à savoir que les complications rénales dans cette maladie surviennent « moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens ». (Rayer, t. II, p. 62.)

3° Dermatologie et communications diverses.

Farcinose mutilante du centre de la face. — M. E. Besnier fait connaître un cas de morve chronique de la face. Cette forme est généralement méconnue et est longtemps conciliable avec la santé générale. Le malade, âgé de 25 ans, avait été palefrenier, mais était devenu garçon marchand de vin, et ne parla d'abord que de cette dernière profession. Il entra à Saint-Louis avec des lésions de la face datant de cinq mois.

Le centre de la face était occupé par une série ininterrompue d'infiltrations et d'ulcérations qui, commençant à la partie médiane de la racine du nez, gagnaient le canal lacrymal jusqu'à l'angle interne de l'œil droit, contournaient le sac lacrymal, détruisaient une grande partie du nez, érodant le sillon naso-jugal droit, atteignant la lèvre supérieure, envahie dans sa totalité et échancrée en bec de lièvre. De là, la lésion se prolongeait vers les joues et atteignait la voûte palatine à travers les interstices dentaires, sans s'étendre au pharynx proprement dit.

Il y avait des cicatrices sur la paupière inférieure gauche et à la partie postéro-interne de l'avant-bras du même côté. Voici la description que M. Besnier donne de la lésion :

Partout où il y a une lésion en acte, sans exception, elle repose sur une base infiltrée, rouge, livide, pâteuse, qui sépare les lésions de la peau saine. C'est sur cette base préalable que se développe la lésion élémentaire, le bouton farcineux, rapidement élevé sous forme d'une saillie toujours de petit volume, d'un grain de millet à une lentille, et qui rapidement aussi se ramollit en teintant la nappe livide de petits points jaunâtres, au niveau desquels se fait une perforation qui laisse échapper un liquide puriforme abondant, peu concrescible. Très rapidement, cette surface s'accroît en se dentelant irrégulièrement Au bout de quelques jours, le mouvement s'arrête et l'ulcération se continue

insidieusement *en dessous*, formant un ulcère creux, à bords infiltrés et décollés. A peu de chose près, cette lésion est celle que l'on connaît en vétérinaire sous le nom de « chancre farcineux ». Lorsque plusieurs de ces ulcérations coalescent, les bords de contact se détruisent. Chacune de ces gommes farineuses n'a qu'une durée limitée et il se fait à la périphérie un processus d'arrêt, l'ulcération du centre ayant un aspect *vermoulu* tout particulier. Pourtant, même au palais, l'indolence est absolue; il n'y a pas de jetage.

Au moment de l'entrée du malade, il était impossible de ne pas songer à une syphilis mutilante, aussi essaya-t-on le traitement spécifique qui resta sans effet. On dut écarter aussi les diagnostics de lupus, de tuberculose ou d'épithéliomatose maligne, et ce fut la bactériologie qui donna la clef du problème ainsi que les inoculations chez le chien, le cobaye et l'âne.

C'est quatre ou cinq ans avant sa mort que le malade a contracté la morve en soignant un cheval morveux. Le premier acte a été la morve chronique pulmonaire qui guérit au bout de dix-huit mois. La gomme farcineuse de l'avant-bras gauche apparut à ce moment, à peu près en même temps que les lésions au niveau du canal nasal droit. Le rein fut pris ensuite et, déjà, au moment de l'entrée, il y avait une néphrite albumineuse, avec oligurie paroxystique dont les crises, de plus en plus rapprochées et graves, s'accompagnaient de dépression mélancolique. Le malade fut traité par le naphtol camphré, puis il survint de la toxémie urémique qui entraîna la mort.

Microscopiquement, il n'y avait pas de granulations morveuses dans les organes.

M. Quinquaud donne le détail des inoculations qu'il a faites avec le pus provenant du malade de M. Besnier. Leurs résultats conduisent au diagnostic de morve.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Aide-mémoire de pathologie interne, par le professeur Paul Le Fort, Paris, J.-B. Baillière, 1891.

L'auteur a voulu mettre à la disposition des étudiants en médecine une série d'*Aide-Mémoire* qui comprendront les matières des cinq examens et qui paraîtront successivement à bref délai.

Dans ces Aide-Mémoires, l'auteur s'attache à passer en revue tout ce qui est afférent à un sujet donné, sans en rien omettre, de manière à ce que le candidat ne soit embarrassé par aucune question; à mettre en relief les points importants, en négligeant les détails superflus, de telle sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qu'il lui importe d'apprendre ou de savoir; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science, aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis; enfin à citer les noms des professeurs des diverses Facultés de médecine, en regard de la découverte qu'ils ont faite, de l'idée qui leur est personnelle. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1891. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Hernies congénitales inguinales de la femme. — Traitement de la sciatique par l'élongation.

M. Berger : C'est plutôt par analogie qu'en se basant sur des preuves certaines, que, jusqu'ici, les hernies inguinales congénitales ont été admises chez la femme; l'existence du canal de Nuck n'était pas absolument certaine. Tout récemment, M. Berger a rencontré des faits qui lui ont permis de fixer la science sur ces points. Dans deux cas, il y

avait association des hernies avec des kystes congénitaux du canal de Nuck; dans un autre, il s'agissait d'une hernie interstitielle en bissac.

Le premier cas se rapporte à une femme de 37 ans qui avait une hernie depuis dix ans. La hernie s'était beaucoup accrue depuis deux ans, la malade ne pouvait plus la contenir et se plaignait de vives souffrances. M. Berger pratiqua la cure radicale. Il trouva, sous la peau et l'enveloppe musculaire, un premier sac présentant des vaisseaux veineux très développés et allant en ligament rond dans le trajet inguinal. Ce sac incisé, une cavité vide se présenta; elle était tapissée par une membrane séreuse. En arrière de cette cavité kystique, entre elle et le sac herniaire, il y avait encore une cloison mince, transparente, sans plis ni épaississement. Le sac adhérait intimement au ligament rond; la dissection fut prolongée jusqu'à l'anneau inguinal profond et l'ablation faite comme d'habitude. La guérison fut faite par première intention,

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans qui avait depuis quelques mois une hernie inguinale réductible, mais douloureuse. Comme dans le premier fait, M. Berger trouva un sac dartoïque avec plexus veineux, une cavité kystique sans liquide et une cloison transparente qui la séparait du sac. L'opération fut plus laborieuse; le sac adhérent était très mince à son origine et, en l'attirant au dehors, la trompe de Falloppe suivit. Cette dernière une fois libérée et remise dans l'abdomen, le ventre fut fermé et la guérison se fit bien.

Dans ces deux cas, il est certain qu'il s'agissait d'une hernie et d'un kyste congénitaux du canal de Nuck. Ce ne pouvait être ni un kyste sacculaire ni un hygroma préherniaire, parce que la paroi kystique se continuait avec celle du sac. Comme, d'autre part, le sac était très profond, adhérait intimement au ligament rond et avait un sac dartoïque avec des veines très développées, il est évident que c'était le canal lui-même.

C'est Camper qui, le premier, a cité un certain nombre de cas de ces hernies congénitales. Viennent ensuite les travaux de Duplay, puis ceux de Féré et Hugo Sax; ces derniers ont réuni un certain nombre d'observations démonstratives. La perméabilité du canal de Nuck est tantôt complète et tantôt incomplète, et existe plus fréquemment à droite qu'à gauche. Dans le canal persistant, on trouve des cloisons incomplètes; si une de ces cloisons arrive à boucher le conduit, on a un kyste. C'est ce que Weischelbaum a appelé l'hydrocèle chez la femme. D'après lui, il y aurait toujours du liquide dans ces kystes; le fait n'est pas constant, ainsi que le prouvent les observations de M. Berger.

Les hernies inguinales congénitales de la femme présentent les caractères suivants : Il y a adhérence intime du sac au ligament rond et le feuillet séreux est presque réduit à son épithélium; — un kyste surajouté fait corps avec le sac; — le sac présente de nombreuses veines gagnant le ligament rond et on trouve dans son intérieur des brides incomplètes; il y a une enveloppe dartoïque presque complète.

La troisième opérée de M. Berger est une femme de 40 ans, atteinte d'une hernie depuis plusieurs années. Cette hernie s'était étranglée plusieurs fois et on avait même dû l'opérer, sans, du reste, faire la cure radicale. La tumeur, incomplètement réductible, se divisait en deux parties : l'une dans l'épaisseur de la grande lèvre, l'autre remontant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. La partie supérieure paraissait sous-cutanée et variait de volume. A l'incision, on trouva qu'elle était sous-aponévrotique et siégeait dans un diverticule interstitiel; elle se continuait avec la tuméfaction de la grande lèvre, en passant en arrière du pilier externe; l'orifice de communication avec la cavité abdominale était situé plus en haut et plus en dehors que normalement. L'extirpation du sac herniaire se fit facilement et la malade guérit. Actuellement l'opération date de six mois et le bandage n'est plus nécessaire.

Cette variété de hernie est très rare chez la femme, car il n'en a été publié que deux cas. Elle répond à ce qui est connu chez l'homme sous le nom de hernie en bissac.

M. Tillaux demande pourquoi M. Berger considère la position plus élevée et plus en dehors de l'orifice abdominal comme une preuve de congénitalité.

M. Berger pense qu'il y a une dislocation des tissus, la cause de la congénitalité résidant dans une insertion vicieuse du ligament rond.

— M. Charvot a traité un certain nombre de *névralgies sciatiques par l'élongation.*

Dans un premier cas, la maladie s'était développée, quelque temps après une chute faite d'un lieu élevé. Tous les traitements habituels échouèrent et le malade ne fut guéri que par l'élongation pratiquée à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse. La plaie suppura, mais la guérison fut complète.

Le deuxième malade avait reçu un coup de pied de cheval au niveau du tendon d'Achille; il y eut un phlegmon hématique, puis une névralgie ascendante; l'élongation fut faite au niveau du creux poplité, et la guérison survint après suppuration.

Une sciatique avec ulcération chez une femme fut supprimée par le même procédé. Il n'y eut jamais de troubles moteurs à la suite de l'opération, dont on a exagéré les dangers.

M. Moty rappelle que, d'une part, des névrites peuvent guérir spontanément, et que, d'autre part, la récidive des accidents peut se faire à longue échéance et s'accompagner d'accidents.

— M. Tuffier montre un calcul du canal de Warthon dont l'extirpation a été faite par le cou.

De quelques nouvelles médications.

Ignipuncture des amygdales, par M. le docteur Moure (*Journal de médecine*, 1891).

L'amygdale à brûler, ayant été anesthésiée avec une solution de cocaïne (au 1/10 ou au 1/5), on prie le malade d'ouvrir la bouche le plus largement possible, *en montrant bien ses dents;* alors, avec un simple abaisse-langue ou un ouvre-bouche *ad hoc*, on déprime fortement la langue sur le plancher de la bouche, mouvement qui fait généra-ement saillir les amygdales en dehors.

Prenant ensuite le couteau ordinaire du thermo-cautère ou un couteau galvanique de grandes dimensions, on le plonge dans la glande hypertrophiée de dedans en dehors, aisant ainsi un sillon profond qui divise l'amygdale dans sa hauteur. Au-dessous de ce premier sillon situé en haut de la loge, on en creuse un second, de manière que la partie comprise entre les deux se trouve sûrement détruite; puis un troisième et, si besoin est, un quatrième au-dessous. On prescrit ensuite un gargarisme émollient et antiseptique dont voici la formule :

Bromure de sodium................ } Borate de soude..................... }	ââ	6 grammes.
Acide phénique......................		1 gramme.
Glycérine pure......................		50 grammes.
Décoction orge et racine de guimauve..		450 —

Pour couper avec moitié eau de guimauve et employer en bains de gorge plusieurs fois par jour.

Le malade garde la chambre de vingt-quatre à quarante-huit heures, suivant la saison; et, généralement quinze ou vingt jours après, l'on peut faire une deuxième séance ou niveler l'amygdale si elle est suffisamment réduite. Cette dernière ignipuncture superficielle, fort peu douloureuse, guérit rapidement. — P. N.

FORMULAIRE

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine. — A. Ollivier.

Pour remédier à l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, on peut essayer l'électrisation du sphincter uréthral, telle qu'elle est pratiquée par le professeur Guyon. On introduit dans l'urèthre une petite sonde à boule métallique, dont la portion uréthrale est isolée par une enveloppe de gomme. On fait pénétrer la sonde dans la vessie, puis on la retire au point convenable, et on la met en communication avec l'un des

pôles de la pile, tandis que l'autre est appliqué sur le pubis ou sur le périnée. On fait passer un courant faible au début, sauf à en augmenter plus tard l'intensité. Douze à quinze séances sont en moyenne nécessaires pour arriver à un résultat favorable. — En cas d'échec de ce traitement, on peut tenter d'administrer la belladone ou la strychnine.

N. G.

COURRIER

Par décret, en date, du 9 avril 1891, M. le docteur d'Estienne, ancien médecin de première classe de la marine, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 11 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Larrieu est nommé médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac.

Comité consultatif d'hygiène. — M. Proust a donné les renseignements suivants sur l'état sanitaire à l'étranger.

Le choléra règne à l'état épidémique à Calcutta; pendant la dernière semaine de mars, il y a eu 341 décès cholériques dans cette ville. Il est à l'état sporadique à Pointe-de-Galles (île Ceylan).

A Rio-Janeiro, on constate de nombreux cas de fièvre jaune et de fièvre pernicieuse. Le nombre des décès atteignait, au milieu de mars, le chiffre de 90 à 100 par jour.

Dans l'Assir, la peste continue à sévir. Elle règne dans cette contrée, paraît-il, depuis près de deux ans.

Le Comité a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Pouchet, proposant d'interdire la fabrication et la mise en vente des pastilles au bichlorure de mercure, et les conclusions d'un rapport de M. Ogier, proposant de ne pas interdire la fabrication et l'emploi de la saccharine.

Hospice Saint-Victor d'Amiens. — Le concours pour la place de médecin en chef vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Fage.

Cours de clinique thérapeutique. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences à l'hôpital Cochin, le mercredi 22 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

Le lundi, à neuf heures et demie, conférences sur l'électricité médicale et la bactériologie, par les docteurs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire.

Le vendredi, à neuf heures et demie, leçons de séméiologie médicale par MM. Raoult et Thuilant, internes du service.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Brémond (de Paris).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie*, *chlorose*, *etc.*

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. —** ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — Conférences de pathologie interne.

Le réflexe tendineux

Par M. le docteur Marie, professeur agrégé.

Je commencerai ces leçons, Messieurs, par l'étude du réflexe rotulien considéré en lui-même. Vous savez tous ce que c'est ; mais, pour un certain nombre d'entre vous, il convient d'étudier les conditions de sa production.

Voici trois hommes assis devant vous. Celui qui se trouve au milieu est sain quant au système nerveux ; eh bien, si je lui fais croiser une de ses jambes sur l'autre et que je percute légèrement son tendon rotulien, il se produit un mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse. Un certain nombre de conditions doivent être réalisées pour la production du phénomène. La percussion doit être faite sur la partie moyenne du tendon, et le coup sec, bref, sera frappé avec le bord cubital de la main, l'extrémité des doigts, ou, mieux, avec le marteau de Skoda ou un stéthoscope dont le bord du pavillon aura été garni d'un tube de caoutchouc. D'autre part, il faut que le muscle triceps soit dans le relâchement complet ; pour cela, le plus simple est de faire croiser les jambes, mais cette position ne permet pas toujours de constater le phénomène. On peut alors soit prendre la jambe du malade dans une main et lui dire d'appuyer sur la main, ce qui relâche le triceps, soit le faire asseoir sur le bord d'une table, le mollet touchant à ce bord. Il est facile de constater quand le réflexe se produit à cause du mouvement de la jambe, de la saillie visible du corps du triceps et enfin de la palpation de ce muscle pendant sa contraction.

Sur les deux autres malades que nous avons ici, nous pouvons constater facilement que, chez l'un, une percussion, qui n'est pas plus forte que celle que j'ai pratiquée sur l'homme sain, provoque une secousse considérable de la jambe, et que, chez l'autre, cette même percussion ne fait rien ; c'est que, dans ce dernier cas, il s'agit d'un tabétique.

L'étude du réflexe rotulien n'est pas toujours aussi simple, et elle comporte un certain nombre de causes d'erreur. C'est ainsi que l'on peut croire à un réflexe quand il ne s'agit que d'une secousse transmise à la jambe et au pied par suite de la communication du choc ; cela tient à ce que le triceps n'était pas assez relâché. D'autres fois on observe ce que Westphal a

appelé le pseudo-réflexe tendineux. On percute, le mouvement de la jambe se produit, et cependant il ne s'agit pas du réflexe rotulien, mais d'un réflexe cutané provenant de la percussion au niveau du tendon. Pour reconnaître ce pseudo-réflexe, il suffit d'essayer de le provoquer en agissant sur un pli de la peau fait au niveau de la rotule.

Mais, Messieurs, voilà bien longtemps que je vous parle des mouvements réflexes et je ne vous ai pas dit encore la signification de cette expression. Un mouvement réflexe, c'est un mouvement dû à l'excitation des parties motrices de l'axe encéphalo-médullaire par une irritation appliquée sur un point des organes sensitifs et propagée par les voies centripètes.

Il est donc besoin d'un certain nombre d'éléments pour réaliser un mouvement réflexe, et il faut étudier les différents points de l'axe réflexe, le point de départ se trouvant, dans le cas spécial que nous étudions, dans une excitation spéciale faite au niveau d'un tendon.

Quelles sont donc les ramifications nerveuses qui vont être au départ de l'excitation centripète? Y a-t-il des nerfs au niveau des tendons? Oui, et avec des terminaisons spéciales. Dès 1874, Sachs avait montré qu'il y avait des terminaisons nerveuses dans les tendons, mais il avait admis que ces terminaisons se faisaient librement. Plus tard, Tschirjew découvrit des renflements spéciaux, puis enfin vint Golgi, qui découvrit les corpuscules spéciaux qui portent son nom. Ces corpuscules sont relativement assez volumineux et peuvent être vus à l'œil nu, puisque, dans leur grand sens, ils ont 8/10 de millimètre de long. Ils ne sont pas d'une égale abondance dans tous les points des tendons; dans les endroits où ils sont le plus serrés, au niveau des insertions musculaires et à la face profonde, on en trouve de vingt à vingt-cinq sur une surface de 2 centimètres carrés. Par une de leurs extrémités, les corpuscules sont en contact direct avec une fibre musculaire et, par l'autre extrémité, ils se divisent en deux branches qui vont se perdre dans les tendons. La fibre nerveuse pénètre dans le petit organe après un trajet récurrent plus ou moins long, elle abandonne sa gaine de Schwann, puis des ramifications apparaissent, perdent leur enveloppe de myolemme et se dispersent dans tout le corpuscule. Il s'agit ici évidemment d'un organe sensitif qui est, du reste, très souvent en connexion avec un corpuscule de Pacini, une fibre envoyant une branche à un de ces derniers et l'autre à un corpuscule de Golgi.

Dans le cas du réflexe rotulien, les corpuscules de Golgi excités transmettent la sensation par l'intermédiaire d'une branche sensitive du nerf crural à une région spéciale de la moelle qui répond à l'union de la moelle lombaire et de la moelle dorsale. A ce niveau, l'arc passe par la substance grise des cornes postérieures, par celle des cornes antérieures et, enfin, revient au triceps par les racines antérieures et la branche motrice du crural.

Un certain nombre de conditions locales influencent la production du phénomène et il convient de les étudier.

La voie centripète peut être atteinte; il en est ainsi dans certaines névrites, la névrite alcoolique, par exemple; le réflexe disparaît alors, bien que le malade puisse mouvoir volontairement son triceps.

Au niveau des cordons postérieurs, l'axe passe par ce que les Allemands appellent la « Wurzeleintrittszone. » On peut délimiter la zone dont les lésions abolissent le réflexe en traçant une ligne idéale qui, partant du

coude de la substance grise et marchant parallèlement au sillon postérieur, va jusqu'à la surface du myélaxe. Cette ligne, le bord de la corne postérieure et la surface de la moelle forment les côtés d'un triangle dont l'aire a reçu le nom de zone d'entrée radiculaire. Toutes les fois que cette zone est détruite, le réflexe tendineux disparaît; telle est la cause de l'absence du réflexe dès le début de l'ataxie locomotrice.

Les états de la substance grise modifiant le réflexe sont d'origines très diverses. Il disparaît dans l'anémie de la moelle par compression de l'aorte; dans certaines intoxications, telles que celle par le chloroforme; dans des lésions organiques, comme la paralysie infantile; dans certaines formes de compression médullaire. Mais il faut alors, ainsi que l'a montré Bastian, que, cliniquement, la lésion se traduise par la perte absolue de la sensibilité et de la motilité, par la paraplégie flasque; on a supposé que, dans ces cas, il y avait disparition complète de l'action qu'exercent sur la moelle les cordons qui l'unissent au cervelet.

Certaines altérations de la moelle entraînent l'exagération du réflexe rotulien; il en est ainsi de la myélite ordinaire, de la perte de l'influence inhibitrice tenant à la lésion du faisceau pyramidal et de l'intoxication par la strychnine.

Enfin, la disparition du phénomène peut tenir à la lésion traumatique ou par névrite périphérique du nerf moteur ou à l'altération du muscle, comme dans la myopathie primitive progressive.

Les conditions générales influençant le réflexe rotulien sont assez nombreuses. Sur 56 personnes âgées de plus de 80 ans, Möbius l'a trouvé aboli 9 fois et très affaibli 8 fois; il faut bien nous souvenir de ce fait, afin de ne pas croire de suite à une lésion médullaire chez les vieillards qui ne présenteront pas le phénomène du genou. La fatigue a une grande influence, et Orschanski a montré qu'au début d'un travail les réflexes augmentent, tandis qu'ils diminuent lorsque la fatigue arrive et disparaissent lorsque cette fatigue est portée au point d'amener le tremblement du membre. Le sommeil diminue aussi l'intensité du phénomène.

Le réflexe s'exagère à la suite de vives excitations sensorielles, telles qu'une musique bruyante; après les repas, et c'est après le petit déjeuner du matin, qu'il est le plus fort. Nous avons vu qu'il pouvait disparaître, chez le vieillard, sans lésion de la moelle; par contre, chez 2,403 enfants, Pelizœus ne l'a pas vu manquer une seule fois. L'effort, comme l'a montré Jendrassik, agit pour favoriser le phénomène en mettant toute la moelle en activité; il est facile de constater cette exagération en conseillant au sujet examiné d'entrelacer ses mains et de chercher ensuite à les séparer tout en serrant les doigts.

Je veux, en terminant, traiter en quelques mots l'historique de la question. Les deux premiers travaux sur les réflexes tendineux parurent, en 1875, dans le numéro des *Archiv. f. Psych.* Dans le premier mémoire, Erb montre qu'il y a des réflexes tendineux, réflexes jusqu'alors inconnus des physiologistes, et il étudie particulièrement le réflexe patellaire. Dans le second, Westphal donne au réflexe le nom de *phénomène de la jambe*. Mais, pour lui, la contraction du triceps est consécutive à l'excitation produite sur le muscle par l'ébranlement du tendon qui, étant l'aboutissant de toutes les fibres musculaires, est aussi l'organe dans lequel tout ébranlement doit avoir le maximum d'action sur le muscle. Pour que ce phénomène se produise, il faut que ce muscle soit dans un *tonus* spécial sur

lequel insiste beaucoup Westphal, quoiqu'il ne l'explique pas; c'est la perte de ce tonus qui produirait l'abolition du réflexe.

Jackson, Bastian pensent que l'action du cervelet est indispensable pour maintenir le tonus, grâce auquel les réflexes tendineux se produisent.

Gowers, Waller, et un certain nombre d'auteurs anglais, prétendent qu'il s'agit d'un phénomène de contraction idiomusculaire, et se basent surtout sur ce fait que, le temps perdu du phénomène n'étant que de 30 à 35 millièmes de seconde, il n'est pas possible que le réflexe ait le temps de se produire, la vitesse de propagation de l'influence nerveuse n'étant que de 30 mètres par seconde. Ils finissent cependant par admettre que, tout en n'étant pas un réflexe, cette contraction musculaire exige, pour se produire, l'intégrité de l'axe diastaltique.

A ces arguments, Brissaud, qui a étudié la question chez nous en 1879, répond que d'abord on ne connaît pas exactement la vitesse de l'influence nerveuse, qu'ensuite le temps perdu du réflexe rotulien est de 48 à 52 millièmes de seconde. Si Tschirjew l'a trouvé si court (32 à 34 millièmes), c'est que, pour ses expériences, il s'était servi de sujets atteints de paralysie spasmodique.

On peut encore, Messieurs, invoquer en faveur de la théorie du réflexe :

1° La production de la contraction par percussion des os qui ne provoque pas de tiraillement du muscle;

2° La disparition du phénomène du genou, quand on anémie la moelle;

3° La disparition dans des cas où l'excitation directe des muscles n'est nullement modifiée, dans le tabès, par exemple;

4° Enfin, la summation des excitations découverte par Jarisch et Schiff, la fréquence des excitations devant, du reste, atteindre au moins le chiffre de une par seconde.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie (1).

Deuxième session tenue à Paris les 2, 3 et 4 avril 1891.

Infection farcino-morveuse chronique. — MM. Hallopeau et Jeanselme ont observé un cas de ce genre chez un charretier.

L'histoire pathologique de ce malade peut être divisée en trois périodes. La première est caractérisée par des accidents fébriles, par l'augmentation des sécrétions nasales, par des douleurs pseudo-rhumatismales et surtout par une série d'abcès dont la plupart deviennent fistuleux; grâce à l'emploi du thermocautère, cette première période se termine par une guérison apparente qui se maintient pendant trois ans; une aussi longue intermission n'a été signalée dans aucun cas non suivi de guérison. La seconde période est marquée par une nouvelle série d'abcès et par des ulcérations destructives à caractères tout particuliers des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres. La troisième période est constituée par une poussée de morve aiguë à laquelle le malade succombe.

Abstraction faite des commémoratifs, on doit penser à l'infection farcino-morveuse chronique quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès, des ulcérations des fosses nasales, des lèvres, du voile du palais, ou une tumeur de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec du jetage.

Ces ulcérations succèdent le plus souvent à des néoplasies d'origine inflammatoire; elles se différencient des ulcérations syphilitiques et tuberculeuses par leurs bords ren.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

versés et déchiquetés, leur fond anfractueux d'où émergent des mamelons jaunâtres, leur vaste décollement, l'état turgescent et la vive coloration rouge-violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent, la déformation étrange et hideuse qu'elles produisent. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que toute la lèvre supérieure. La poussée terminale de morve aiguë peut être également distinguée de l'érysipèle avec lequel elle a été confondue; la rougeur et la tuméfaction sont plus fixes et ne se terminent pas par un bourrelet saillant; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; il survient secondairement une éruption de pustules jaunes caractéristiques distinctes des phlyctènes érysipélateuses, et enfin des eschares. Un liquide huileux suinte de leurs sillons d'élimination.

Les recherches bactériologiques et expérimentales ont servi à mettre le diagnostic hors de toute contestation.

Variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique. — M. HALLOPEAU : La maladie est caractérisée cliniquement par le développement en différents points de la surface cutanée de plaques plus ou moins étendues, au niveau desquelles le pigment cutané disparaît, les poils ou les cheveux tombent, la sensibilité s'atténue, les piqûres ne saignent plus; il y a autour une zone où la pigmentation est, au contraire, exagérée; ces plaques présentent, au début, des stries atrophiques qui ressemblent à des vergetures. Leur distribution est symétrique. La maladie remonte à dix-huit ans; elle tend actuellement à rétrocéder; en beaucoup d'endroits, la peau a repris sa couleur et sa sensibilité normales; elle se distingue ainsi du vitiligo.

Au cuir chevelu, elle offre beaucoup de ressemblance avec la pelade; comme dans cette maladie, il y a des plaques d'alopécie complète, et, quand les cheveux y repoussent, ils sont blancs; on voit parfois sur les surfaces dénudées de petits cheveux cassés; mais, à côté de ces analogies, il existe des différences essentielles. Contrairement à ce que l'on observe dans la pelade, les plaques dénudées ne sont, dans l'angio-névrose, ni circulaires ni polycycliques; leur surface n'a pas l'aspect éburné; les poils brisés n'y ont pas l'aspect qu'ils présentent dans l'alopécie peladique; enfin les plaques sont, pour la plupart, en état d'ischémie et particulièrement anesthésiées; ce sont là des caractères qui n'appartiennent pas à la pelade vraie.

Il faut ajouter que l'on ne retrouve pas dans ces plaques le parasite décrit récemment par MM. Vaillard et Vincent, tandis qu'on le rencontre chez presque tous les peladiques. Tous les symptômes indiqués peuvent s'expliquer par une excitation spasmodique des muscles vaso-constricteurs; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une angio-névrose, produisant des anémies locales sous l'influence d'excitations réflexes; elle donne lieu à l'anesthésie, à l'achromatose et à l'hyperchromatose, ainsi qu'à la chute des poils; ce dernier phénomène peut s'observer dans l'asphyxie locale des extrémités.

L'excitation réitérée des téguments par des liquides appropriés et par des bains électriques produit une très notable amélioration; les plaques peuvent disparaître sans laisser de traces; on a décrit des vitiligos et des alopécies d'origine nerveuse; mais, dans aucun cas, jusqu'ici, ces altérations n'avaient été vues réunies en foyers et subordonnées à un spasme vasculaire; à ce titre, cette maladie paraît constituer une variété nouvelle d'angio-névrose.

Pour M. BESNIER, on ne peut encore affirmer qu'il y a un parasite produisant la pelade. M. QUINQUAUD a isolé différentes espèces de parasite; mais il n'a pu reproduire la maladie chez les animaux. Enfin M. VIDAL a échoué avec les cultures de MM. Vaillard et Vincent.

Hypertrophie congénitale de la main. — M. RICHARDIÈRE : Il existe deux variétés d'hypertrophie congénitale de la main. Dans une première variété, que l'on pourrait appeler hypertrophie vraie de la main et des doigts, l'augmentation de volume porte sur les parties constituantes de la main. Les parties molles, les tendons, les os eux mêmes sont augmentés de volume. Dans une deuxième variété, à laquelle conviendrait le nom de fausse hypertrophie de la main et des doigts, l'augmentation de volume est due au dévelop-

pement anormal du tissu cellulaire et de la graisse sous-cutanée. C'est un cas de ce genre que présente M. Richardière. On ne peut penser à l'éléphantiasis non plus qu'à un trouble trophique d'origine nerveuse; de plus, le système circulatoire est indemne. Il semble donc que cette altération de la main rentre dans la classe des tumeurs graisseuses diffuses et qu'il s'agit d'un lipome diffus généralisé à toute la main.

— M. Burlureaux a étudié les *injections d'huile créosotée dans la tuberculose ganglionnaire*. Les injections doivent être faites très lentement, à l'aide d'un appareil spécial et, quand l'huile créosotée est irréprochable, il n'y a que fort peu de douleur. On peut débarrasser les malades, en un mois, d'adénites volumineuses; d'autres fois, le traitement est plus long; dans tous les cas, cette pratique est préférable à l'intervention chirurgicale.

Erythème salolé grave. — A la suite d'applications de poudre de salol dans le conduit auditif externe, M. Morel-Lavallée a vu survenir une angine œdémateuse suraiguë grave; l'érythème s'était propagé par l'oreille moyenne. Les phénomènes furent, pendant quelques heures, d'une telle gravité que l'on dut se tenir prêt à faire la trachéotomie. Le salol se décompose facilement à l'extérieur au contact des corps gras, des pommades. La malade était, du reste, prédisposé aux manifestations cutanées pathogénétiques.

Lichen simplex. — M. Vidal : Le lichen simplex chronique, que MM. Brocq et Jacquet ont étudié récemment, est une des deux formes du lichen simplex chronique; ils le considèrent comme une névro-dermite chronique. C'est la forme la mieux caractérisée du lichen. Cette affection rappelle l'aspect du lichen plan par la pigmentation, l'affaissement du centre de la plaque lorsqu'elle tend à la guérison, par l'extension périphérique des papules, d'abord isolées, puis groupées, plus tard cohérentes. S'il n'y a pas d'inflammation secondaire, le lichen n'est pas humide et se recouvre d'une desquamation fine, adhérente.

Le lichen simple aigu apparaît quelquefois presque périodiquement pendant le printemps et l'été. L'éruption est accompagnée de démangeaisons et se développe sur la tête, le cou, les membres, et particulièrement les bras et les avant-bras. Elle est caractérisée par des papules rosées, sèches, dont le sommet devient blanchâtre au début, quand on tend la peau. Il y a une grande analogie entre cette éruption et celle de l'urticaire, et, chez l'enfant à la mamelle, les deux peuvent coïncider. La durée moyenne du lichen aigu varie de trois semaines à un mois. Elle peut devenir chronique.

Le lichen simple chronique se rapproche du lichen plan et l'affection débute par la papille.

— M. Augagneur a observé, à Lyon, des cas de *prurigo de Hebra* s'améliorant assez vite. La nature de cette maladie est encore inconnue. Elle peut se développer surtout chez les enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Pour M. Tenneson, le prurigo de Hebra est constitué par son incurabilité et sa chronicité. Cependant, on peut faire disparaître le prurit pendant un temps variant de quelques jours à quelques mois quand on pratique l'occlusion de la peau. Il faut recourir à des procédés qui ne suppriment pas les sécrétions glandulaires. Le pansement ouaté est très difficile à appliquer sur toute la peau, et il est plus facile d'employer les toiles imperméables qui ne doivent pas être flottantes. Les maillots en tissu élastique doublés d'une toile imperméable sont excellents.

Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique. — M. Hallopeau a décrit cette maladie d'après deux observations. Elle est essentiellement constituée par la production successive et continue, aussi longtemps que le traitement ne vient pas l'enrayer, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques policycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant à la périphérie, deviennent végétantes, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer. Ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée et se

développer également sur la muqueuse buccale; parfois, ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. Depuis un an, le caractère végétant de l'éruption d'un des malades s'est accentué au cuir chevelu et à la face, au point d'y devenir son trait dominant. L'aspect du cuir chevelu était, au mois de juin, des plus remarquables; une plaque éruptive l'occupait presque entièrement; formant une saillie d'un centimètre, *elle était creusée de sillons profonds qui la divisaient en circonvolutions identiques par leur configuration à celles du cerveau.* Leur couleur est rouge pâle, leur consistance molle; elles sont le siège d'un prurit intense; leurs faces verticales sont excoriées et le siège d'une sécrétion puriforme peu abondante. La maladie a d'ailleurs continué à évoluer en diverses régions. Un des caractères les plus remarquables de cette maladie est la tendance qu'ont ses manifestations à disparaître entièrement ou peu s'en faut; il en est ainsi de ces saillies végétantes; elles se sont graduellement affaissées, elles sont actuellement presque complètement effacées.

M. Morel-Lavallée a étudié les différents types de *lymphangites*. Il tire de ses recherches les conclusions suivantes :

« 1° Il existe une variété de lymphangites segmentaires constituée par une série de dilatations étagées sur le trajet des troncs lymphatiques sans interposition entre elles d'un cordon dur iuterrompu. On peut lui donner le nom de lymphangite ampullaire;

2° Les voies lymphatiques peuvent être le siège d'altérations ou inflammations de divers ordres et de nature différente et conserver cependant tout ou partie de leur perméabilité. Le fait a été observé par Ricord pour le chancre simple, par M. Fournier pour le chancre induré, par MM. Verneuil et Clado pour l'angioleucite à streptocoques, par moi-même pour l'angioleucite tuberculeuse, par M. Félizet pour les adénopathies tuberculo-caséeuses;

3° Cette perméabilité peut être utilisée dans un but thérapeutique pour la diffusion d'un agent curateur dans ces voies lymphatiques altérées, ainsi que cela l'a été depuis 1887 par M. Félizet pour le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. »

Pour traiter cette adénopathie, M. Félizet fait des injections de teinture d'iode dans les ganglions du cou.

— M. Brocq est revenu sur la question de la *destruction des poils par l'électrolyse*. Il a perfectionné le manuel opératoire, et est arrivé à pouvoir détruire 180 poils moyens et fins dans une séance de cinquante minutes coupée par cinq minutes de repos.

BIBLIOTHÈQUE

Les secrets de l'alimentation a la ville et a la campagne, par A. Héraud. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Dans ce petit livre sans prétention et qui n'en est pas moins utile, l'auteur étudie la manière de conserver les substances alimentaires, de découvrir les fraudes, de prévenir les altérations. Il enseigne à choisir les meilleurs procédés de préparation pour fabriquer des produits de bonne qualité, qui coûtent très cher quand on les achète tout faits et que l'on peut faire soi-même à bon compte.

C'est dire que ce petit ouvrage peut être un guide très sûr dans un ménage, d'autant plus que les matières sont disposées par ordre alphabétique et que les recherches sont aiusi rendues faciles pour tout le monde. — P. Ch.

Psychologie de l'idiot et de l'imbécile, par le docteur Paul Sollier. Paris, Alcan, 1891.

Le but de l'auteur n'a pas été d'élucider tel ou tel point de la psychologie des idiots et des imbéciles, de montrer le plus ou moins de fréquence de telles de leurs particularités psychiques, mais de faire une étude d'ensemble. Bien loin de rechercher les cas particuliers ou curieux, il s'est attaché, au contraire, à dégager autant que possible les

traits généraux et caractéristiques de leur psychologie, et de faire ainsi le portrait non de tels ou tels idiots ou imbéciles, mais de l'idiot et de l'imbécile en général. De même, lorsqu'on écrit la pathologie humaine, ce n'est pas celle d'un plus ou moins grand nombre d'hommes particuliers, étudiés séparément, mais celle de l'homme quelconque.

L'auteur n'a pas étudié la question du délire et ne s'est occupé que de la psychologie normale; il a passé successivement en revue l'état de la sensation, de l'attention, des instincts, des émotions, des sentiments, de l'intelligence, de la mémoire, etc.

L'ouvrage est basé sur de nombreux documents cliniques recueillis à l'hospice de Bicêtre. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Atrophie du nerf optique et paralysie de l'oculomoteur après l'influenza, par Stœwer (*Annales d'oculistique*, 1891). — 1° Homme de 35 ans, se présentant à la clinique de Schirmer trois mois après une atteinte d'influenza; pas de rétrécissement du champ visuel; dyschromatopsie, papilles d'un blanc tendineux, V. 1/30. Les injections de strychnine portèrent l'acuité visuelle à 1/10, sans modification du sens des couleurs.

2° Femme de 25 ans : Influenza. Exophthalmie et paralysie du rameau supérieur de l'oculomoteur gauche. — Onguent mercuriel en frictions sur le front et la tempe. Courant constant. — Disparition du ptosis. Il persiste de l'insuffisance du droit supérieur, en voie d'amélioration d'ailleurs.

3° Garçon de 12 ans. Double atrophie des papilles avec amaurose complète à droite. A gauche, les mouvements de la main sont distingués. Injections de strychnine, courant constant. Après quinze jours de ce traitement, les doigts sont comptés de près à gauche. L'œil droit distingue le clair de l'obscur. Pas d'amélioration ultérieure.

L'auteur soupçonne dans le second cas un épanchement séro-fibrineux derrière la capsule de Tenon, comprimant le rameau supérieur de l'oculomoteur.

En ce qui concerne les deux observations d'atrophie des nerfs optiques, on peut admettre qu'il s'agit d'une atrophie par compression au niveau du chiasma, ou survenue secondairement à la suite d'une névrite descendante. Toutefois, cette dernière idée est à rejeter : les vaisseaux n'étaient guère rétrécis. Il ne peut être question d'une atrophie ayant son point de départ dans les noyaux du nerf optique; elle met des années à gagner les papilles, d'après Pudde. Dans l'un des cas, où l'atrophie de la papille rappelle plutôt celle qui est consécutive à la névrite, l'auteur penche visiblement vers l'idée d'une méningite circonscrite au voisinage du chiasma, tandis que, dans l'autre, il s'arrête plutôt à l'hypothèse d'un épanchement dans le troisième ventricule.

Mais il ne faut pas perdre de vue que le virus de l'influenza peut, d'après Uhtoff, allumer la névrite des nerfs optiques d'une façon spécifique, Stœwer rejette cette explication. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

Des lettres de candidature de MM. Chauveau, Farabeuf, Goulard et Herrgott.

Opération césarienne. — M. Crimail rapporte l'observation d'une femme naine, à bassin uniformément rétréci, à qui il a fait deux fois l'opération césarienne avec succès. Dans la deuxième opération, il a lié et sectionné les trompes, afin d'éviter les grossesses ultérieures. Le succès a été complet et l'enfant se porte bien.

Dépopulation de la France. — M. Tarnier donne lecture d'une lettre de M. Derouin qui

prouve que l'administration des hôpitaux de Paris s'est préoccupée dès le XVIIe siècle d'assurer le secret des accouchements, afin de diminuer le nombre des avortements.

M. Le Fort demande que, puisqu'il en était ainsi, on revienne deux siècles en arrière.

M. Marjolin est partisan des tours qui ne sont pas immoraux. Avec les bureaux ouverts ou les secours, le secret n'est pas gardé ou du moins les femmes ne le croient pas. Il faudrait qu'il y eût des institutions charitables destinées à soutenir les filles-mères.

M. Th. Roussel parle au contraire en faveur du bureau ouvert et secret. La question des maternités secrètes ne peut actuellement être résolue, et un projet de loi est en préparation sur ce sujet à la direction de l'assistance et de l'hygiène publique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mars. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. — Etiologie des pleurésies séro-fibrineuses. — Bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorrhagique.*

MM. Chauffard et Widal ont lu un important mémoire exposant de nombreuses expériences relatives aux processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. Les conclusions se résument dans les points suivants :

Asepsie du liquide hydatique tant qu'il reste couleur eau de roche ;

Pouvoir bactéricole de ce même liquide pour les différents microbes expérimentés (staphylocoque doré, streptocoque bactérium coli commune, bacille typhique) ;

Imperméabilité absolue de la membrane hydatique vis-à-vis des microbes, *qu'elle arrête comme un filtre parfait ;*

Rôle dialytique de cette membrane pour les substances cristalloïdes (sulfate de cuivre, iodure de potassium, sublimé) et également pour les colloïdes (sérine de l'urine albumineuse), au moins dans les conditions données de l'expérience ;

Passage également des substances solubles d'origine microbienne (pyocyanine) ;

Infection toujours secondaire de la cavité kystique nécessitant une inflammation périkystique préalable et multiplicité des germes qui peuvent y concourir;

Faible virulence, au moins dans dans certains cas, du pus hydatique, expliquée par l'absence, possible et prouvée dans ce même pus, des germes pyogènes.

M. Letulle a rapporté, à l'appui du mémoire de MM. Chauffard et Widal, une observation de kyste hydatique du foie ponctionné, à deux reprises, avec tous les soins antiseptiques, et dont le liquide, clair, non albumineux, cultivé sur gélatine, agar et sérum peptonisé, demeura rigoureusement stérile.

Pour ce qui est de la résistance de la membrane hydatique aux germes pathogènes, il a plusieurs fois déjà remarqué l'intégrité absolue d'un certain nombre de vésicules filles nageant au milieu des flots de pus qui accompagnent d'ordinaire la suppuration des kystes hydatiques.

M. Letulle se rallie à la très ingénieuse conception pathogénique invoquée par MM. Chauffard et Widal pour expliquer les suppurations des kystes hydatiques du foie. Comme eux, il pense que l'infection pyogénique du kyste doit être toujours secondaire à une culture périkystique, à une périkystite suppurative. Mais MM. Chauffard et Widal ont peut-être été trop loin en disant que l'infection hépatique, en somme assez rare, semble devoir surtout se faire par les voies biliaires et se rattacher à l'angiochollite ascendante, de provenance intestinale. L'infection par la voie sanguine ne pourrait-elle pas être invoquée dans bon nombre de cas ? La tumeur hydatique n'est-elle donc pas sinon un point d'appel, au moins un point d'arrêt pour les germes pathogènes qui ont pu pénétrer dans les voies sanguines ou lymphatiques ?

M. Letulle cite, à ce propos, une observation de kystes suppurés du foie, dont les pièces furent présentées à la Société anatomique par le docteur Vaquez. Une jeune

femme atteinte d'une suppuration phlegmoneuse péri-amygdalienne, largement opérée et vite guérie, fut prise au bout de plusieurs semaines d'une affection grave, aiguë, du foie. Un léger ictère accompagnant la fièvre, des antécédents avérés de lithiase biliaire, une petite tumeur développée dans la région de la vésicule et donnant, par une ponction, issue à une petite quantité d'un pus biliaire rempli de streptocoques, furent autant de signes qui firent, plusieurs jours durant, porter le diagnostic de cholécystite suppurée de nature calculeuse. Les accidents septicémiques se précipitant, M. Périer opéra la malade *in extremis* et évacua plusieurs litres d'un pus hydatique, accumulé dans deux kystes du foie.

En cherchant, on trouverait d'autres observations plus démonstratives, puisqu'on peut objecter à celle-ci que la malade avait dégluti du pus et, par conséquent, avait pu s'infecter par les voies digestives. M. Letulle a autopsié un cas de tuberculose miliaire aiguë du poumon coïncidant avec une petite caverne tuberculeuse ancienne du sommet d'un poumon et avec un kyste hydatique suppuré de la rate.

M. Dumontpallier cite une observation de kyste hydatique du foie, opéré par voie transdiaphragmatique, qui a été compliqué d'une pleurésie, consécutive, très probablement, à la pénétration d'une certaine quantité du liquide hydatique dans la plèvre. Le liquide hydatique n'était pas purulent.

M. Netter ajoute que le liquide de la pleurésie à laquelle M. Dumontpallier vient de faire allusion ne renfermait aucun microbe et n'a déterminé aucune suppuration. La pleurésie a été séreuse.

— M. Netter fait connaître ses recherches expérimentales sur l'étiologie des pleurésies sérofibrineuses. Les auteurs qui admettent que la pleurésie sérofibrineuse est presque toujours d'origine tuberculeuse s'appuient sur l'histoire antérieure des malades, leur évolution ultérieure, l'anatomie pathologique, etc.

L'important n'est pas de rechercher si le malade devient tuberculeux. Il faut établir, au moment même où existe la pleurésie aiguë, que celle-ci est de nature tuberculeuse.

Les signes qu'a fait connaître M. le professeur Grancher, et qui sont fournis par l'auscultation du poumon du côté de la pleurésie, ont, à ce point de vue, une valeur incontestable. Mais ils ne peuvent être perçus que s'il existe en même temps quelque altération pulmonaire, et la tuberculose peut être et rester toujours exclusivement pleurale.

On ne peut donc s'adresser qu'à l'épanchement. On rechercherait en vain dans celui-ci la présence du bacille de Koch, soit par l'examen microscopique, soit par la culture. Cette recherche peut être féconde dans la pleurésie purulente tuberculeuse, où le bacille a été vu 7 fois sur 19 cas par M. Netter. Elle a toujours échoué dans les pleurésies sérofibrineuses. L'inoculation, qui a fourni de bons résultats à MM. Chauffard et Gombault, a paru insuffisante à MM. Kelsch et Vaillard, Gilbert et Lion.

M. Netter l'a employée dans 41 cas. Il a choisi le cobaye et la voie péritonéale. Il a eu soin d'injecter toujours le liquide complet non privé de son caillot fibrineux, et n'a enregistré des résultats positifs que dans les cas où le bacille de Koch était constaté dans ces lésions tuberculeuses. Ces 41 pleurésies sérofibrineuses lui ont donné 15 résultats positifs, chiffre sensiblement analogue à celui de MM. Chauffard et Gombault (10 résultats positifs sur 23 animaux inoculés).

Mais, pour interpréter judicieusement ces résultats expérimentaux, il convient de faire une analyse plus rigoureuse et de diviser les 41 cas en trois groupes : les deux premiers sont ceux dans lesquels la cause de l'épanchement est établie de par la clinique. Dans le premier, la tuberculose est étrangère à l'irritation de la plèvre; dans le deuxième, elle est manifestement en jeu.

Le premier groupe comprend 9 cas où la cause de la pleurésie était connue et sans aucun lien avec la tuberculose : pneumonie sous-jacente (2), kyste du foie (1), pérityphlite (1), salpingite (1), anévrysme de l'aorte (1), affection du cœur (1), rhumatisme aigu (1). Dans ces 9 cas, l'inoculation du liquide n'a jamais été suivie de tuberculose.

Le second groupe se compose de 12 malades, tous évidemment tuberculeux. C'étaient

des hydropneumothorax (5), des pleurésies liées à une péritonite tuberculeuse (3), à une tuberculose pulmonaire avancée (1) ou initiale (1), à une tuberculose laryngée (1), à un kyste synovial tuberculeux du poignet (1). Ces 12 pleurésies manifestement tuberculeuses n'ont donné lieu que 7 fois à la tuberculose du cobaye, et, sur ces 7 résultats positifs, 5 reviennent aux hydropneumothorax. La pleurésie cliniquement tuberculeuse ne donne donc de résultats positifs à l'inoculation que dans environ 58 cas sur 100.

Le troisième groupe comprend les pleurésies de cause inconnue, pleurésies primitives, essentielles ; celles dont l'étiologie a le plus besoin d'éclaircissement et pour lesquelles les renseignements fournis par les inoculations seront particulièrement bienvenus.

Ces 20 cas ont fourni 8 résultats positifs, soit 40 p. 100. Mais, puisque les pleurésies non tuberculeuses ne donnent jamais de résultats positifs et que les pleurésies manifestement tuberculeuses ne donnent de résultats positifs que 7 fois sur 11, M. Netter, croit pouvoir affirmer que ce chiffre de 40 p. 100 de résultats positifs correspond à un chiffre plus élevé de pleurésies tuberculeuses, et que, sur ces 20 pleurésies dites essentielles, 13,5 au moins sont tuberculeuses, soit plus de 68,57 p. 100.

Ces résultats montrent qu'on a raison de soutenir que le plus grand nombre des pleurésies séro-fibrineuses dites primitives sont d'origine tuberculeuse et qu'il convient de réserver toujours le pronostic en pareil cas. M. Netter n'entend pas dire que tous les sujets atteints de pleurésie séro-fibrineuse, en apparence essentielle, soient destinés à devenir tuberculeux, car la tuberculose est souvent curable et cette curabilité est encore plus fréquente dans ses localisations du côté des séreuses.

— M. Charrin, en son nom et au nom de M. Roger, cite l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour une affection fébrile datant d'une quinzaine de jours. A son arrivée, on constate de la diarrhée, des vomissements, de ballonnement du ventre, trois ou quatre taches lenticulaires douteuses, l'absence d'hypertrophie de la rate. On porta, avec réserve, le diagnostic de fièvre typhoïde. Des signes d'épanchement pleural s'étant manifestés ultérieurement, on pratiqua une thoracentèse, et l'on retira deux litres d'un liquide sanglant. Malgré l'intervention, le malade sucomba. A l'autopsie, on constata l'intégrité des viscères abdominaux ; absence totale d'ulcérations, de cicatrices ou de pigmentation sur les plaques de Peyer. La plèvre gauche était clairsemée de fausses membranes épaisses ; dans les poumons, cavernules aux sommets ; noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse sur toute l'étendue des deux viscères.

Sur l'agar, ensemencé avec le liquide de la ponction exploratrice, s'étaient développées de nombreuses colonies d'un seul et même bacille qui présentait la forme, les mouvements, les réactions tinctoriales et les cultures du bacille d'Eberth.

Les cultures de ce bacille se sont montrées très virulentes pour la souris ; chez le cobaye, l'injection intra-pleurale a provoqué l'apparition d'épanchements sanglants très abondants.

S'agit-il réellement d'une fièvre typhoïde, à détermination pleuro-pulmonaire, favorisée par une tuberculose antérieure? La marche de la maladie et les résultats de l'autopsie ne sont guère en faveur de cette interprétation, à moins d'admettre une septicémie typhique. S'agit-il d'une infection secondaire au cours d'une tuberculose subaiguë?

FORMULAIRE

Lotion contre l'alopécie.

Alcool à 80°		80 grammes.
Alcool camphré, rhum	àà	5 —
Teinture de cantharides, glycérine	àà	5 —
Essences de santal, de Wintergreen, de roses	àà	V gouttes.
Chlorhydrate de pilocarpine		0 gr. 50 centigr.

F. s. a. un mélange, avec lequel on pratique une friction légère sur le cuir chevelu,

une fois par jour, pour combattre l'alopécie qui s'observe pendant la convalescence des affections aiguës graves. — Si les cheveux deviennent secs, on les graisse de temps en temps avec de l'huile d'amandes douces ou de ricin. — N. G.

COURRIER

— Une circulaire du ministre de la guerre, inspirée par le grand nombre de congés de réforme pour tuberculose, prescrit de soumettre à une enquête les jeunes gens qui, lors du tirage, se déclareraient faibles de poitrine ou de constitution, d'examiner très attentivement leurs organes respiratoires, de procéder au besoin à une contre-visite qui serait passée à l'hôpital du chef-lieu, ainsi qu'on le fait d'ordinaire pour les myopes et les sourds-muets. Les ajournements ainsi prononcés le seraient en toute connaissance de cause, ce que ne permet pas toujours la rapidité habituelle des opérations du conseil de revision. (*Bull. méd.*)

Quinine de synthèse. — MM. E. Grimaux, professeur de chimie à l'Ecole polytechnique, et A. Arnaud, professeur de chimie au muséum, viennent de produire, par synthèse, une quinine identique à la quinine naturelle. Ils y sont parvenus en traitant une base contenue dans la *remijia pedunculata*, la cupréine, d'abord par le sodium, puis en chauffant la combinaison ainsi obtenue avec le chlorure de méthyle.

Il n'est pas besoin d'insister sur le grand intérêt pratique de cette découverte. (*Bull. méd.*)

Hôpital Necker. — M. le docteur Horteloup commencera des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, le dimanche 26 avril, à neuf heures et demie. — Visite des malades à la salle Civiale, à neuf heures.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le dimanche 26 avril, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Clinique médicale. — Le docteur Landouzy, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, y commencera à l'amphithéâtre, à dix heures, le jeudi 30 avril, un cours de clinique, qu'il continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Bichat. — *Leçons de clinique et de thérapeutique.* — M. Henri Huchard commencera ses leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 26 avril, à dix heures très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Objet du cours : Médecine pratique. — Diagnostic et traitement des maladies. — Mode d'administration et posologie des médicaments.

Le lundi, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. — Le mardi et le vendredi, consultations externes. — Le mercredi et le samedi, visite des malades nouveaux, à neuf heures et demie. — Le jeudi, consultation pour les maladies du cœur; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 avril 1891. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de candidatures. — 2. M. Duroziez : Dilatation de l'artère pulmonaire.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Epidémies de diphthérie (1890-1891)

Observées par le docteur Emile GIRAT, de Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre).

Depuis huit ans, j'ai eu l'occasion d'observer, à Neuvy-Saint-Sépulcre et dans les environs, plusieurs épidémies de diphthérie dont quelques-unes, assez meurtrières, survenues à de courts intervalles. On peut donc dire que cette maladie règne à l'état endémique dans le pays.

Neuvy-Saint-Sépulcre est une petite ville de l'Indre, située dans un bas-fond froid et humide et traversée par une rivière très sale, sorte de dépotoir et d'égout où tous les habitants jettent des détritus de toutes sortes. Il en résulte que, quand les eaux sont basses, cette petite rivière devient un foyer d'infection pour tout le voisinage. De fait, *les cas observés, pour la plupart tout au moins, l'ont été au bord de la rivière et d'un petit ruisseau qui s'y jette dans la ville même.*

La dernière épidémie, qui est en même temps la plus importante, a éclaté le 2 janvier 1890 et dure encore.

Depuis cette époque, c'est-à-dire en quinze mois, j'ai constaté, soit seul, soit avec des confrères, 57 cas de diphthérie chez 55 personnes (2 ayant été atteintes en 1890 et en 1891). — Ces 57 cas se répartissent ainsi : 32 en 1890 : janvier (1), février (4), mars (9), avril (7), mai (3), juin (0), juillet (2), août (6), septembre, octobre, novembre et décembre (0). — 25 en 1891 : janvier (0), février (20), mars (5).

D'où il résulte que le maximum des cas observés l'a été à la fin de l'hiver et au printemps. Il y a eu 14 morts et 43 guérisons.

Le croup a enlevé 10 enfants; 4 autres sont morts par intoxication diphthéritique. Un d'entre eux a été intoxiqué d'emblée et presque sans lésions; deux autres consécutivement à de la diphthérie cutanée; le quatrième, à la suite d'une angine couenneuse. Ce dernier enfant, très délicat, né avant terme et ayant déjà eu une angine couenneuse l'année précédente, a présenté de la paralysie du voile du palais et de la suppuration des ganglions du cou.

Les 43 cas qui se sont terminés par la guérison se décomposent ainsi : 1° *croup prolongé* (six, huit, onze jours), 3 cas; — 2° angine couenneuse grave (9 cas), moyenne (13), légère (18).

Sexe : J'ai soigné 25 hommes ou garçons, 32 femmes ou filles, donnant, les premiers, 17 guérisons et 8 morts (mortalité, 32 p. 100); les secondes, 26 guérisons et 6 morts (mortalité, 18,75 p. 100). En sorte que, si

la *morbidité* a été plus grande chez les filles, la *mortalité* a été plus élevée chez les garçons. Cela tient à ce que beaucoup de mères de famille ou de grandes sœurs ont été atteintes en soignant les enfants et ont guéri, tandis que la contagion a été exceptionnelle pour les pères qui, eux, vivent au dehors.

Au point de vue de l'*âge,* il y a eu :

1° *Au-dessous de* 3 *ans*, 9 cas : guéris, 2; morts, 7 (mortalité, 77,75 p. 100).

(L'un de ces enfants, âgé de 6 mois, a eu une forme prolongée du croup qui a duré onze jours et a fini par guérir à l'aide d'un traitement purement médical; il a présenté à la suite un peu de bronchite. Ce fait m'a paru remarquable à cause du jeune âge de l'enfant.)

2° *De 3 à 5 ans,* 16 cas : guéris, 12; morts, 4 (mortalité, 25 p. 100).

3° De 5 à 10 ans, 22 cas : guéris, 19; morts, 3 (mortalité, 13,63 p. 100).

4° De 10 à 20 ans, 4 cas; pas de mort.

5° Passé 20 ans, 6 cas; pas de mort.

Ce sont donc les enfants au-dessous de 10 ans qui ont présenté la plus grande *morbidité,* principalement ceux de 2 à 6 ans; c'est la règle.

Quant à la *mortalité*, extrêmement élevée au-dessous de 3 ans, elle a été trois fois moindre de 3 à 5 ans et presque six fois moindre de 5 à 10 ans. Passé cet âge, elle a été nulle, sans doute à cause de la résistance plus grande des adultes et de la docilité des grands enfants qui, partant, ont été mieux soignés.

Je dois ajouter du reste que, si la mortalité générale a été si grande (un quart), cela tient : 1° à ce que, pour la grande majorité, les enfants qui ont succombé n'ont pas été soignés dès le début, ou même ne l'ont pas été du tout; 2° à ce que les parents, en cas d'asphyxie par le croup, ont refusé la trachéotomie, qui peut-être en aurait sauvé quelques-uns.

Il est, en effet, digne de remarque que *pas un des enfants traités dès le commencement de son angine couenneuse n'est mort* (sauf les 2 atteints de diphthérie cutanée), bien que 3 d'entre eux aient eu le croup et une forme prolongée du croup.

Les 24 cas de 1891 confirment cette manière de voir. Sur ces 24 cas, il n'y a que 2 morts (encore sont-ce deux enfants qui n'ont pas été traités du tout). Tous les autres, soit 22, sont guéris.

Je crois pouvoir attribuer la diminution extraordinaire de cette fin d'épidémie à ce que, l'attention publique étant éveillée par la fréquence des décès en 1890, les parents ont appelé le médecin à temps et ont mieux soigné leurs enfants. Peut-être faut-il aussi tenir compte du génie épidémique et des *remèdes employés?*

J'ai donné systématiquement le cubèbe à hautes doses toutes les fois qu'il a pu être toléré, et, suivant les indications, le chlorate de potasse, le perchlorure de fer, le soufre et les toniques.

Je n'ai eu que le moins possible recours aux vomitifs. Comme topiques, j'ai essayé successivement en badigeonnages : l'acide citrique, l'eau de chaux (rarement); les solutions de sublimé (le plus souvent) et la *glycérine résorcinée* au 1/10e (en 1891).

J'y ai ajouté des fumigations phéniquées et, quelquefois, des pulvérisations dans la bouche des malades d'une solution d'acide salicylique à 1/100e.

C'est certainement la résorcine qui m'a semblé donner les meilleurs résultats. Les *mesures prophylactiques* ont été bien incomplètes. Il m'a fallu

lutter contre l'incurie de beaucoup de parents s'imaginant que la diphthérie ne se communique pas, et cela malgré les faits les plus probants qui se sont passés sous leurs yeux. J'ai essayé de détruire le contage diphthéritique dans les crachats et dans les linges par des lavages avec une solution de sulfate de cuivre, mais je n'ai pas pu faire désinfecter les habitations particulières avec l'acide sulfureux. Il est vrai que les parents des enfants n'ayant parfois qu'une chambre ou deux ne le pouvaient que difficilement.

L'isolement a été pratiqué toutes les fois que cela a été possible, et les écoles ont été fermées et désinfectées au plus fort de l'épidémie. Cette dernière mesure m'a paru en avoir ralenti beaucoup la marche.

Au reste, j'ai suivi *sa propagation* pas à pas, *constatant successivement de nouveaux cas dans la même maison* (généralement, la mère prise après les enfants), *dans des maisons, des rues ou des villages voisins, chez des parents ou des personnes se fréquentant beaucoup.*

Nul doute que la maladie n'ait été propagée dans quelques cas par des personnes indemnes (dont les habits ont sans doute servi de porte-germes) et peut-être même par l'air, car les villages contaminés se trouvent tous (à l'exception d'un seul qui semble avoir été le foyer primitif d'où l'épidémie a gagné Neuvy) au sud-est de la ville, dans un rayon de 1 à 6 kilomètres.

La *durée de l'incubation* a été fort courte (cinq à six jours au plus, dans la grande majorité des cas).

Un fait qui m'a beaucoup frappé, c'est la simultanéité d'apparition (le 1er et le 3 février 1891) d'une épizootie de diphthérie et de l'épidémie de février 1891 en deux points distants au plus de 1,500 mètres l'un de l'autre.

Je crois qu'il y a là plus qu'une coïncidence. C'est aussi l'avis du vétérinaire militaire qui commande le dépôt de remonte contaminé, et qui a soigné et fait l'autopsie de quatre chevaux atteints de cette maladie.

Société allemande de chirurgie.

Vingtième Congrès, du 1er au 4 avril 1891.

De la méthode de Koch au point de vue chirurgical. — M. Bergmann rappelle les phénomènes consécutifs aux injections de tuberculine. De plus, il examine les questions suivantes : La tuberculine peut-elle avoir vraiment une action nuisible? Peut-elle occasionner le développement d'une tuberculose miliaire aiguë, d'une généralisation de la tuberculose à d'autres organes jusqu'alors indemnes? L'auteur ne peut nier les faits observés, mais il pense que la généralisation s'est produite ici comme à la suite d'une opération pour tuberculose locale. Quant à l'apparition de nouveaux foyers tuberculeux, il se pourrait qu'il se fût agi de l'exaltation de foyers existant déjà à l'état latent.

La tuberculine a-t-elle une action bienfaisante? La réponse ici est catégorique : l'amélioration est constante au début du traitement, mais, d'autre part, les récidives sont également constantes. Il ne faut donc pas abandonner la tuberculine, mais chercher le moyen de renforcer son action et de la rendre plus durable.

MM. Kœnig, Thiersch, Scheder, Lauenstein ont chanté aussi sans restriction les louanges de la tuberculine; M. von Eiselsberg (de Vienne) a ajouté à son actif un cas d'actinomycose, guéri par dix injections de tuberculine à la clinique du professeur Billroth. Cependant, M. Küster a dit avoir observé une réaction locale produite par la tuberculine dans un cas de lupus érythémateux simple et dans un lipome de la région trochantérienne.

M. Leser (de Halle) avait cru guérir un lupus de la face qui offre depuis quelques jours des traces de récidive.

M. Lévy a présenté les deux premiers malades atteints de lupus traités par la tuberculine depuis cinq mois et non encore guéris.

M. Westphal a présenté aussi deux cas de synovite tuberculeuse du genou et un cas de tuberculose des gaines tendineuses du pied améliorés, mais non guéris.

M. Schuchardt (de Stettin) a rapporté l'histoire fort instructive d'une malade à laquelle il a pratiqué la néphrotomie pour pyonéphrose, puis des injections de tuberculine, et qui est morte d'anurie au dixième jour.

M. Urban (de) (de Leipsig) a présenté une malade atteinte de lupus étendu de la face et du cou, guérie par l'extirpation des parties lupiques, suivie de transplantation d'après la méthode de Thiersch. (Rappelons que la méthode dite de Thiersch en Allemagne doit s'appeler méthode d'Ollier.)

M. Sonnenburg (de Berlin) présente à son tour deux malades traités à la fois par les injections de tuberculine et l'ouverture de cavernes pulmonaires. L'orateur avoue que les cas auxquels convient l'opération sont très rares; il est nécessaire, en tout cas, que l'état général du malade soit satisfaisant et qu'il n'ait pas de fièvre. Jusqu'ici il avait cru ne devoir pratiquer l'opération que dans les cas de cavernes où l'altération déjà relativement avancée du tissu pulmonaire amène en général une adhérence des deux feuillets de la plèvre; cependant l'infiltration caséeuse simple, sans la présence de cavernes, constituerait peut-être une indication suffisante à l'opération, puisqu'il faut une large issue pour l'élimination des tissus tuberculeux.

M. Hahn partage l'avis de M. Sonnenburg et présente un cas de lupus dont l'amélioration par les scarifications et les injections de tuberculine a été plus marquée que par les injections seules.

Action de la solution potassique de cantharidine. — Contradiction très intéressante entre M. Liebreich, venant affirmer que deux lupiques traités par lui dans le service de M. Bergmann ont été améliorés par les injections de cantharidate de potasse, et M. Bergmann, affirmant qu'il n'a pu constater la moindre trace d'une modification quelconque dans l'aspect des cas traités à sa clinique par la méthode de M. Liebreich.

M. le président, professeur Thiersch, a donc engagé ses collègues à continuer les expériences avec la lymphe de Koch.

Nouveau remède actif dans le traitement des affections tuberculeuses chirurgicales. — M. Senger (de Crefeld) propose d'ajouter à la glycérine iodoformée une substance oxydante, le formiate de soude, dans les proportions suivantes : iodoforme, 2 grammes; glycérine, 20 grammes; formiate de soude, 1 gramme. Des injections locales de ce liquide ont donné de bons résultats dans plusieurs cas de tumeur blanche du genou, de lymphome du cou et d'affections tuberculeuses diverses.

Statistique des divers procédés de narcose. — Gurlt (de Berlin) donne des renseignements sur un total de 24,625 narcoses, en réponse à l'appel adressé l'an dernier aux membres de la Société, dans le but d'établir une statistique comparative des divers procédés de narcose en usage. Par le chloroforme, 22,073; l'éther, 470; procédés mixtes, 1,055; bromure d'éthyle, 27. Il y eut 9 cas de mort, tous survenus avec l'emploi du chloroforme, mais dont six seulement doivent être attribués directement à l'action de cette substance. Dans ces 6 cas, l'autopsie a démontré l'existence d'une dégénérescence graisseuse du cœur. Des 3 autres cas de mort survenus pendant la chloroformisation, l'un a été attribué à la pénétration de l'air dans une veine; le second à une forte perte de sang; le troisième à l'aspiration dans la trachée de matières rejetées.

Il s'est produit, en outre, 80 cas d'asphyxie, dont 4 ont nécessité la trachéotomie.

Traitement ostéoplasique de la luxation congénitale de la hanche, par M. Kœnig. — On peut améliorer la situation des malades de diverses manières : 1° Par le raccourcissement de l'appareil ligamenteux; 2° par la fixation de la tête du fémur dans la cavité

cotyloïde (résection); 3° par la création d'un nouveau cotyle, pour rendre impossible le déplacement en haut.

La résection de la tête n'est pas rationnelle et les indications de cette résection n'existent pas toujours. Le raccourcissement de l'appareil ligamenteux n'est pas pratique, car les résultats opératoires ne persistent pas longtemps; il en est de même de la fixation de la tête. Reste donc la création d'un cotyle que Kœnig a exécutée deux fois de la manière suivante : incision courbe à 3 ou 4 centimètres au-dessus du trochanter; division de toute la masse musculaire jusque sur le périoste de l'os iliaque, incision de ce périoste suivant la même ligne que la peau et les muscles, puis, à l'aide d'un fort ciseau, il est soulevé en forme de lambeau et récliné en bas; il vient de la sorte se replier sur la capsule articulaire avec laquelle on le fixe par quelques points de suture. On fait ensuite l'extension continue.

Malheureusement un des deux opérés a succombé à une scarlatine au bout de trois semaines; la seconde malade est morte de diphthérie quatre mois après l'opération. Kœnig a présenté au Congrès la préparation anatomique provenant de ce dernier cas; on peut voir qu'il s'est formé une sorte de cavité articulaire aux dépens du périoste.

Trépanation ostéoplastique pour épilepsie corticale. — M. Benda (de Berlin) présente une malade guérie d'une épilepsie corticale d'origine traumatique par trépanation ostéoplastique d'après le procédé de Wagner et excision d'un morceau de l'écorce cérébrale selon la méthode de von Bergmann.

M. Bruns a pratiqué la trépanation ostéoplastique dans un cas de kyste d'origine apoplectique.

M. Braune (de Leipzig) a trépané de la sorte, à trois reprises différentes, un sujet atteint d'épilepsie corticale et obtenu la guérison définitive par l'excision d'une parcelle de l'écorce cérébrale.

Restitution osseuse à la suite d'une perte de substance étendue du crâne, par M. Schönborn. — Fracture compliquée du front avec perte de substance osseuse étendue; au bout de trois mois la plaie est cicatrisée, pas de symptômes de paralysie; la cicatrice présente des pulsations et adhère au cerveau. Dissection d'un lambeau de 24 centimètres de long comprenant la peau, la couche musculaire et une lamelle osseuse taillée à l'aide du ciseau dans les deux pariétaux; on excise alors la cicatrice et on rabat à sa place le lambeau osseux; la plaie résultant de l'excision du lambeau fut recouverte par transplantation. Au bout de quelque temps, le lambeau pris sur le cuir chevelu se couvre de poils; pour parer à cet inconvénient, on le dissèque à nouveau en ne prenant cette fois que la peau et on la remet à sa place primitive; la plaie frontale est recouverte par transplantation. On peut se convaincre par la palpation qu'il n'existe plus nulle part de lacune osseuse à l'endroit lésé.

M. Wolff (de Berlin) a pratiqué une opération analogue chez un officier qui s'était tiré trois coups de revolver dans la tête; résultat excellent.

M. von Eiselsberg (de Vienne) a comblé une perte de substance du crâne de la grandeur d'une pièce de cinq francs, suite de carie, à l'aide d'une mince plaque de celluloïd; résultat très satisfaisant.

M. Senger, pour provoquer une cicatrisation rapide des plaies suppurantes du crâne, avec dénudation de l'os, pratique de petits trous dans la lamelle externe de l'os ou décolle même celle-ci afin de faciliter la production rapide de granulations aux dépens du diploé. Il prétend avoir eu d'excellents résultats dans 3 cas traités de cette manière!

Résection de la cavité cotyloïde, par M. Schmid. — Partisan de la résection de la hanche dans les cas de coxalgie tuberculeuse, l'auteur a essayé, d'abord sur le cadavre, de pratiquer la résection totale de la cavité cotyloïde pour les cas où celle-ci est envahie par le processus tuberculeux. A l'incision longitudinale sur le grand trochanter, il en ajoute une seconde horizontale, à l'extrémité supérieure de la première, formant ainsi un T; l'os iléon et les branches du pubis et de l'ischion sont sectionnés à la distance respective d'un centimètre du bord de la cavité cotyloïde à l'aide de la scie à chaîne; cette

dernière est passée autour de l'os au moyen d'une aiguille à ligature. Cette partie de l'opération est difficile et en général donne lieu à d'abondantes hémorrhagies.

M. Schmid présente un malade chez lequel il a pratiqué, il y a un mois, d'abord la résection de la tête du fémur et ensuite celle de la cavité cotyloïde d'après la méthode qu'il vient d'indiquer.

M. Heussner fait remarquer qu'il existe encore une fistule; or, si dans l'espace de huit mois elle n'est pas fermée, il y a tout lieu de croire que le processus tuberculeux persiste; en outre le membre inférieur se trouve en forte adduction. Le résultat n'est donc pas en rapport avec la gravité et la difficulté de l'opération pratiquée.

Chirurgie des voies biliaires. — M. Sprengel (de Dresde) a pratiqué l'extirpation de la vésicule biliaire suivie de la création d'une communication entre le canal cholédoque et le duodénum; guérison.

M. Küster a fait la taille du canal cholédoque pour un calcul biliaire, suture; guérison malgré une hémorrhagie abondante. C'est le sixième cas de ce genre (Kummel, Courvoisier).

M. Behn (de Francfort) a également fait avec succès la *cholédocotomie*, précédée de l'extirpation de la vésicule biliaire.

M. von Winiwarter (de Liège), ne pouvant sonder le canal cholédoque, après l'incision de la vésicule biliaire, établit une fistule à la paroi abdominale.

Chirurgie des voies urinaires. — M. Küster résèque le lobe médian de la prostate, ce qui présente peu de danger et procure un soulagement momentané très notable aux malades atteints d'hypertrophie prostatique. Dans un cas de carcinome, il a fait l'extirpation totale de la vessie et de la prostate, et abouché les uretères dans le rectum. Mort, au cinquième jour, de pneumonie. Péritoine intact.

M. Helferich (de Greifswald) a réséqué le lobe médian de la prostate hypertrophiée, mais l'amélioration n'a pas été de longue durée.

M. Esmarch a observé quelques bons résultats de la prostatectomie par la voie péritonéale, faite sans grandes difficultés.

M. Israel croit que la courte durée de l'amélioration ne doit pas être attribuée seulement aux altérations préexistantes de la vessie, mais à la récidive presque constante de l'hypertrophie.

M. Gussenbauer a pratiqué une fois l'extirpation partielle de la vessie cancéreuse; deux fois l'excision du lobe moyen de la prostate après la taille hypogastrique; deux fois l'extirpation de cancers de la prostate.

M. Landerer a vu un cas d'excision du lobe moyen resté sans récidive depuis six ans.

M. Braun (de Halle) présente un malade chez lequel la résection temporaire de la symphyse a été pratiquée par von Bramann pour faciliter l'extirpation d'un papillome de la vessie.

M. Goldschmidt relate un cas de fistule de l'ouraque, suite de calcul vésical, guéri par la taille hypogastrique.

D'après M. Barth, le cancer de la prostate est toujours mortel; toujours on a dû intervenir chirurgicalement à cause de la dysurie; dans quelques cas, on a tenté l'extirpation radicale, mais sans succès.

M. Schlange présente un malade opéré d'extrophie de la vessie par le rapprochement des parois abdominales mobilisées à l'aide de deux longues incisions verticales parallèles.

Cure radicale des hernies. — M. Escher a pratiqué 43 fois l'opération de Bassini pour la cure radicale de la hernie inguinale avec les meilleurs résultats, sans bandage consécutif.

M. Landerer mobilise le pilier externe du canal inguinal par une incision parallèle à la direction de ses fibres, ce qui permet de le rapprocher du pilier interne et de les suturer tout deux ensemble sans difficulté.

M. Karewski a pratiqué avec succès l'opération radicale de hernies inguinales volumineuses chez 9 enfants de 7 mois à 2 ans 1/2.

M. Wölfler se contente, depuis trois ans, d'inciser le sac, de réduire l'intestin et de détruire l'intérieur du sac avec le thermo-cautère; puis il fait la suture en étages du canal inguinal.

D'après M. Bergmann, quelle que soit la méthode employée dans l'opération radicale de la hernie inguinale chez l'homme, elle pêchera inévitablement par le fait que l'espace nécessaire au passage du cordon spermatique persistera toujours. Voilà la vraie raison pour laquelle les chirurgiens courrent toujours après une méthode meilleure sans jamais la trouver.

Résection de l'intestin. — M. Kummer a fait la résection sous-muqueuse de l'intestin d'après un procédé, applicable à la gastro-entérostomie, qui permet d'éviter la production des sténoses consécutives à la suture de Czerny-Lembert dans les résections circulaires de l'intestin.

Entéro-anastomose. — M. Salzer (d'Utrecht) croit que, dans les cas de tumeurs inopérables, l'entéro-anastomose ne peut donner de bons résultats que s'il existe en même temps une fistule abdominale.

M. Reichel n'est pas partisan de cette opération, qu'approuve au contraire Helferich.

Sur le torticolis congénital, par M. Petersen (de Kiel). — La théorie généralement admise jusqu'ici sur la cause du torticolis est celle d'une déchirure du muscle sterno-mastoïdien au moment de la naissance, déchirure qui serait suivie d'une sorte de rétraction cicatricielle. L'auteur ne nie pas que de semblables déchirures puissent se produire, car on rencontre, en effet, parfois dans le muscle sterno-mastoïdien une sorte de tissu cicatriciel; mais il n'admet pas que ce soit là la cause du torticolis congénital. Rien, en effet, ne plaide en faveur de cette théorie; pourquoi, si elle est vraie, les hématomes musculaires ne guérissent-ils pas avec raccourcissement? On a produit expérimentalement des contusions musculaires sans jamais constater de raccourcissement à leur suite.

D'autre part, il est un fait certain que M. Petersen dit avoir contrôlé par l'expérience sur des animaux : c'est qu'un muscle dont, durant sa période de croissance, les points d'insertion sont maintenus rapprochés pendant un temps prolongé, finit par se raccourcir définitivement. Or, c'est là, à son avis, ce qui se produit pendant la vie intra-utérine sous l'influence d'adhérences amniotiques fixant la tête du fœtus dans une position inclinée anormale pendant un temps plus ou moins long; ces adhérences peuvent disparaître, par la suite, sans laisser de traces, tandis que le torticolis persiste.

M. J. Wolff (de Berlin) présente une fillette atteinte d'anomalies congénitales de presque toutes les articulations du corps. — M. Max Wolff, des cultures pures d'actinomycose sur l'agar-agar.

M. Landerer fait une communication sur le traitement du varicocèle et des varices; — M. Rehn, sur un cas de compression de la queue de cheval par une tumeur extra-méningée (lymphangiome caverneux), guéri par l'extirpation de la tumeur; — M. von Zoege-Manteuffel, sur six cas de gangrène spontanée des membres inférieurs; — M. von Büngen, sur deux cas de gangrène des organes génitaux chez l'homme; — M. Bardenheuer, sur deux cas d'occlusion plastique des fistules vésico-vaginales aux dépens de la paroi vésicale, et sur un cas de résection d'un rein, suivie de l'extirpation de l'organe; — M. Hofmokl, sur un cas de résection par taille du rein à l'aide de la ligature élastique, pour hydronéphrose; — MM. Kader, Braun, Schlange, sur le météorisme localisé, en cas d'obstruction intestinale; — MM. Nissen et Wölfler, sur l'anévrysme artérioso-veineux de l'orbite; — M. Herzog, sur le processus de régression des vaisseaux ombili-

caux; — M. Bruns, sur l'extirpation d'un goître kystique; — M. Deutz, sur un cas de résection de l'épaule bien guéri au point de vue fonctionnel; — M. Jordan (d'Heidelberg), sur l'étiologie de l'érysipèle; — M. Brunner (de Zurich), sur l'élimination de micro-organismes dans la pyémie et dans d'autres maladies infectieuses; — M. Reichel, sur l'immunité à l'égard de la virulence des microbes du pus.

BIBLIOTHÈQUE

Les substances alimentaires étudiées au microscope au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications, par E. Macé. — Paris, J.-B. Baillière, 1891.

La mauvaise nature des substances alimentaires peut causer de graves accidents. Mais la science d'aujourd'hui possède de nombreux moyens pour reconnaître la fraude ou les détériorations nuisibles à la fortune publique, à la santé. Parmi ceux-ci se trouve au premier rang l'étude des produits alimentaires au microscope Le livre de M. Macé contient la solution des principales questions qui peuvent intéresser celui qui, curieux ou expert, s'adonne à ces études. Les substances d'origine animale, d'origine végétale et les boissons sont étudiées successivement. En tête de l'ouvrage quelques pages contiennent les renseignements indispensables pour ceux qui ne seraient pas familiers avec les travaux au microscope.

L'œuvre de M. Macé, bien connu déjà pour son Traité de bactériologie, est illustrée de nombreuses planches et figures. M. Pasteur lui a permis de publier de nouveau quelques-unes des planches coloriées qui se trouvent dans les Etudes sur le vin devenues rares aujourd'hui; d'autres ont été empruntées au Précis de M. Bonnet relatif au même sujet; un grand nombre sont originales. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 avril 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine.

La correspondance manuscrite comprend deux lettres de candidature au titre de membre correspondant de MM. les docteurs Keller, de Rheinfelden (Suisse) (commission : MM. Dubuc, Fraigniaud, de Ranse, rapporteur) et Schweiger, de Franzensbad (Autriche-Hongrie) (commission : MM. Duroziez, Wickham, Coignard, rapporteur).

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Duroziez présente quelques observations : Je ne me suis pas fait bien comprendre. Pendant la vie fœtale, le poumon n'a pas de destination spéciale, il est l'égal des autres organes; il reçoit du sang comme eux, n'importe par quelle voie. Ce n'est pas parce qu'il a été mal irrigué qu'à sa naissance il ne peut pas se développer; c'est parce que sa conformation est vicieuse; il est mal conformé comme le cœur est mal conformé, il est atrophié, en arrêt de développement. Il y a pour le poumon arrêt de développement comme pour les autres organes. La vie est plus ou moins abrégée dans les vices de conformation du cœur, suivant que le poumon est plus ou moins libre. On peut aller loin avec un cœur mal conformé, tant que le poumon est perméable. Le poumon peut être atteint par la tuberculisation; le cœur n'y est pour rien. On peut avoir de la bronchite sans que le cœur en soit la cause.

— M. Trousseau : J'ai l'honneur d'offrir à la Société :

1° Le *Bulletin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts* (année 1890);

2° Un exemplaire de mon ouvrage intitulé : *Travaux d'ophthalmologie;*

3° Un exemplaire d'un petit manuel appelé : *Guide pratique pour le choix des lunettes*.

1° Dans le *Bulletin*, on trouvera des renseignements sur le mouvement de la Clinique en 1890. On verra que le nombre des malades augmente toujours dans cet important établissement. Le nombre des nouveaux qui, en 1889, avait été de 13,566, a été, en 1890, de 14,050, soit, en faveur de 1890, une augmentation de 484, malgré l'attrait qu'exerçait, en 1889, l'Exposition.

On verra quel programme d'enseignement pratique ont adopté les médecins de la Clinique, qui ont pu, en quelques mois, faire voir toute l'ophthalmologie aux élèves qui ont bien voulu les suivre. J'ai, pour ma part, pratiqué aux Quinze-Vingts 417 opérations importantes dont je donne le compte rendu dans ce *Bulletin*, sur lesquelles 224 cataractes. J'ai eu l'heureuse chance de ne pas avoir à enregistrer un seul cas de suppuration.

2° Sous le titre de *Travaux d'ophthalmologie*, j'ai réuni une série de mémoires originaux sur des sujets jusqu'ici peu étudiés et qui, presque tous, touchent aux rapports de l'ophthalmologie avec la médecine générale. Mes études sur la syphilis héréditaire de l'œil, sur l'amblyopie dans le pseudo-tabès, etc., intéresseront peut-être des confrères non spécialistes.

3° En publiant le *Guide pratique pour le choix des lunettes*, j'ai pensé combler une lacune. Qu'avaient jusqu'ici à leur disposition les étudiants et les médecins désireux d'apprendre à corriger les troubles de la réfraction? De volumineux traités d'où les notions pratiques ensevelies sous un monceau de formules scientifiques ne pouvaient être extraites qu'après de laborieux efforts. J'ai pensé qu'un très petit livre mettant à la portée de tous les connaissances indispensables pour choisir avec sécurité les verres de lunettes aurait des chances d'être bien accueilli, d'où l'éclosion de ce manuel dont j'ai banni toute considération théorique, et qui peut être lu et compris par le praticien même le moins familiarisé avec les notions ardues de l'optique physiologique. Je serai trop heureux si j'ai rendu un service aux débutants ou aux confrères trop pressés pour se vouer aux études spéciales et qui pourtant veulent être en état de prescrire des verres de lunettes avec certitude.

M. Abadie : Je désire présenter quelques observations au sujet de la communication de M. Trousseau. Nous venons de voir que, sur un nombre cousidérable d'opérations de cataracte, plus de 200, M. Trousseau n'a pas eu un seul phlegmon de l'œil. D'autre part, dans un article paru récemment dans la *France médicale*, M. Chevallereau nous apprend que, sur un nombre à peu près égal d'opérés, il a eu quatre suppurations de l'œil. Il me paraît logique d'attribuer l'absence de suppuration dans la statistique de M. Trousseau à l'emploi plus rigoureuse d'antiseptiques puissants.

En ce qui me concerne, sur un nombre considérable d'opérés, environ 250, j'ai eu trois menaces de suppuration et de phlegmon; mais je suis parvenu, dans ces trois cas, à les enrayer et à sauver l'œil.

Voici comment je procède quant, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, en changeant le pansement, je constate que la plaie a été infectée, ce qui aboutit nécessairement à un phlegmon de l'œil; je chloroformise le malade, et avec un petit couteau de platine, construit *ad hoc* et rougi à blanc par la pile, je cautérise les lèvres de la plaie dans toute son étendue. Le moyen est tellement souverain que je ne crains pas de dire, sous forme d'aphorisme : « On ne doit plus avoir de phlegmon de l'œil après l'opération de la cataracte. » Mais, pour que cette intervention soit sûrement efficace, deux conditions sont nécessaires : d'abord quelle soit faite à temps; aussi, contrairement à quelques-uns de mes confrères, je ne laisse jamais le bandeau plus de quarante-huit heures en place sans regarder ce qui se passe dessous. Quelquefois, en effet, les malades peu sensibles n'accusent pas des douleurs très vives quand la suppuration s'établit, et, quand vous enlevez le pansement trop tard, vous êtes débordé, la suppuration des lèvres de la plaie s'est étendue vers les parties profondes.

En second lieu, il faut employer le chloroforme, parce que cette cautérisation doit être bien faite, régulière et complète.

— M. Frémont, candidat au titre de membre titulaire, fait une communication *Sur le*

traitement du diabète. (Renvoyée à une commission composée de MM. Leudet, Bouloumié et Groux, rapporteur.)

— M. DE PEZZER lit une note sur le *Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé.* (Sera publié.)

M. BESNIER : M. de Pezzer a-t-il également employé le gayacol iodoformé? L'éther iodoformé m'a quelquefois donné des suppurations, tandis que je n'en ai jamais vu survenir à la suite de l'emploi de gayacol iodoformé.

M. DE PEZZER : Je n'ai employé que l'éther iodoformé, qui m'a toujours donné les meilleurs résultats.

M. GILLEBERT D'HERCOURT : J'ai eu beaucoup à me louer du naphtol β camphré, qui m'a donné les meilleurs résultats quand la suppuration était imminente.

M. LEUDET : Le fait intéressant dans la communication de M. de Pezzer, c'est l'action à distance du médicament. L'effet local peut être produit par beaucoup de substances; l'important, c'est d'obtenir une action générale.

M. DUBUC : Dans les cas cités par M. de Pezzer, les ganglions secondairement guéris étaient-ils sous la dépendance anatomique du ganglion directement traité? Il en résulterait qu'en détruisant les bacilles dans le premier ganglion on préserverait les autres.

M. DE PEZZER : Dans deux cas, les ganglions étaient côte à côte, mais distincts. Une fois c'est un ganglion épitrochléen qui a disparu en même temps que le ganglion maxillaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

De quelques nouvelles médications.

L'AXONGE ET LA VASELINE AU POINT DE VUE DE L'ABSORPTION CUTANÉE.
(*La Clinique*, 1891).

On sait que les médecins ont une tendance à substituer la vaseline à l'axonge, comme excipient destiné à la préparation des pommades : mais l'absorption cutanée a-t-elle lieu de la même façon avec l'un ou l'autre de ces deux corps si différents?

Tel est le point qu'ont cherché à élucider MM. Adam et Schoumacher, dans des expériences dont les résultats ont été publiés dans la *Revue de médecine vétérinaire.*

Tout d'abord, ces deux expérimentateurs ont recherché si réellement les corps gras sont absorbés par la peau et dans quelle mesure.

A cet effet, ils ont préparé une pommade avec 8 grammes d'axonge et des quantités variables de chlorhydrate de strychnine et ils ont appliqué cette pommade sans friction sur le sommet tondu de la tête d'un chien; l'application ainsi faite, l'animal ne pouvait se lécher; d'autre part, on avait pris la précaution d'examiner s'il n'existait pas sur la peau quelque solution de continuité qui aurait permis l'absorption du médicament.

D'ailleurs l'animal était attentivement surveillé.

Avec une pommade contenant 0 gr. 05 de sel de strychnine, MM. Adam et Schoumacher n'ont observé aucun symptôme toxique; avec une pommade renfermant 0 gr. 50, ils constatèrent simplement une hyperesthésie très faible; avec une pommade contenant 2 grammes de sel, un chien de 5 kilogrammes fut pris d'accès tétaniques au bout de trois minutes et il mourut au bout de vingt minutes; un chien de 36 kilogrammes succomba au bout de douze heures.

On pourrait objecter que pendant l'opération de la tonte une écorchure avait pu être produite; les auteurs ont fait intentionnellement sur la tête d'un chien une entaille très apparente, et cette circonstance ne contribua pas à rendre plus prompte la mort de l'animal.

Quand les expérimentateurs ont agi avec une pommade à base de vaseline préparée à la dose de 2 grammes de sel pour 8 grammes d'excipient, aucun phénomène d'intoxication ne s'est produit;

L'emploi de l'atropine au lieu de la strychnine a donné des résultats identiques; avec l'axonge comme base il y eut de la mydriase, avec la vaseline rien.

Les auteurs concluent que l'absorption des pommades à base d'axonge est réelle, mais faible, puisqu'il faut des doses mille fois plus fortes que par injection hypodermique pour produire la mort. Quant à l'absorption des pommades à base de vaseline, elle est nulle si la peau est intacte. — P. N.

INFLUENCE DES ALCALINS SUR L'ÉCHANGE AZOTIQUE CHEZ L'HOMME BIEN PORTANT, par le docteur JAVEINE. (*Revue d'hygiène thérapeutique*, 1891.)

La question de l'action des alcalins sur l'échange azotique n'est pas encore résolue.

Le docteur Janeini a fait une série d'expériences dans la clinique du professeur Tchouctnowski, à Saint-Pétersbourg, dans le but d'étudier l'effet du bicarbonate sur l'échange azotique. Ces expériences ont été faites sur 7 hommes bien portants. Chaque expérience se divisait en trois périodes : période avant l'administration du bicarbonate de soude; période pendant l'administration de ce sel; et période qui suit cette administration, chacune de ces périodes avait une durée de quatre jours. On administrait 20 grammes de bicarbonate de soude par jour, à prendre deux à trois heures après le repas. Toutes ces personnes, naturellement, ont été placées dans les mêmes conditions d'hygiène et d'alimentation. On examinait soigneusement la quantité d'azote absorbée avec les aliments et rendue par les urines et les excréments.

Voici les résultats obtenus :

1° L'échange azotique est un peu augmenté (de 1 à 5 p. 100); 2° la quantité des substances extractives dans les urines est également augmentée; 3° l'assimilation de l'azote des aliments est un peu diminuée; 4° la réaction des urines devient alcaline; 5° les pertes cutano-pulmonaires ne changent pas; 6° le poids du corps reste le même; 7° les selles deviennent plus abondantes et plus liquides. — P. N.

TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS ET DE LA CARIE TUBERCULEUSE PAR L'ÉMULSION IODOFORMÉE. (*La Clinique*, 1891.)

Le professeur Billroth rappelle que les premières tentatives pour traiter les tuberculoses locales par l'iodoforme datent de 1881. Au début, on injectait dans la cavité des abcès des solutions d'iodoforme dans l'éther; ce procédé causait des douleurs violentes et persistantes, de sorte qu'il dut être abandonné. On a depuis employé des solutions d'iodoforme dans l'huile ou la glycérine. A la clinique de Billroth, on emploie une émulsion simple à 10 p. 100 d'iodoforme dans la glycérine. Les opérations faites pour les abcès froids le sont après l'application de la bande hémostatique d'Esmarch. On fend soigneusement la peau et les parties molles au-dessus de l'abcès et dans la direction du plus grand diamètre de la tumeur. L'auteur fait remarquer qu'une incision allant de l'ischion aux cartilages articulaires du genou n'est nullement une rareté. Après l'ouverture des abcès, on frotte avec un tampon de gaze iodoformée, toute la surface interne de l'abcès, puis on lave avec une solution de sublimé 1/3000e. Il faut nettoyer soigneusement toutes les saillies; si un trajet fistuleux s'ouvre dans la cavité de l'abcès, on le fendra et on grattera avec soin le foyer osseux. De cette manière on essaye d'obtenir une connaissance précise de l'étendue et de l'issue de la maladie. Lorsque la surface interne de l'abcès est nettoyée, on suture les bords de la plaie de manière à laisser une assez large ouverture dans laquelle on met un tampon de gaze iodoformée. Il n'est pas nécessaire que toute la cavité soit remplie par l'émulsion, il suffit que les parois de la cavité de l'abcès soient soigneusement badigeonnées. On fait ensuite la suture de la plaie. Les aponévroses et les muscles fendus sont suturés en premier lieu, la peau l'est à son tour. Le bandage doit exercer une certaine compression sur la région.

Dans la plupart des cas, il y a de la fièvre pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'opération. D'après Billroth, lorsque la peau n'est pas altérée à la suite d'un abcès sous-aponévrotique, les chances de guérison par première intention sont beaucoup plus sérieuses. Lorsque la peau est rouge, les suites immédiates sont douteuses. Il n'est pas douteux, d'après l'expérience de Billroth, que les cas les plus graves qui ont donné lieu

à de nombreux abcès et à beaucoup de fistules, donnent les meilleurs résultats à la suite de l'opération indiquée.

Après l'ouverture des abcès, les bords du trajet fistuleux sont avivés et suturés. Par la partie de la plaie non réunie, on injectera l'iodoforme au moyen d'un tube à drainage. Une grande partie des fistules guérit par première intention, le reste au bout de quelques semaines. Dans les articulations tuberculeuses, on fera de la même manière des injections d'iodoforme. Le mouvement reparaît dans beaucoup d'articulations qui l'avaient perdu. Dans le cas de tuberculose parenchymateuse diffuse, aiguë et subaiguë, de la synoviale chez les adultes, dans lesquels il existe en même temps de la matité au sommet des poumons, la méthode ne donne rien. Les meilleurs sujets pour ces opérations sont les enfants et les individus âgés de moins de 30 ans qui n'ont pas d'autres symptômes de tuberculose. On a rarement observé des accidents psychiques, à forme mélancolique, comme conséquence d'une intoxication par l'iodoforme.

A ces observations, Billroth en ajoute une de kyste hydatique du foie ; la tumeur siégeant sur le lobe gauche, on fendit le sac, la poche fut vidée, et on introduisit l'iodoforme dans la cavité, on sutura ensuite la poche et on ferma le ventre. Le malade put quitter le service trois semaines après l'opération. — P. N.

FORMULAIRE

Poudre contre l'herpès génital. — E. Besnier.

Acide tannique pulv.	5 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	1 gramme.
Amidon pulv.	100 grammes.

Mêlez. — On lave la région génitale qui est le siège de l'herpès, avec de l'eau phéniquée très étendue, puis on la saupoudre avec le mélange ci-dessus. S'il survient des ulcérations, on leur applique des pansements astringents. Enfin, si la peau devient trop sèche, on a recours à des onctions avec la vaseline. — N. G.

COURRIER

Il vient de se fonder à Paris une Société intitulée : « Association amicale des anciens internes en médecine de Saint-Lazare et des prisons de la Seine. » Elle a constitué ainsi son bureau : Président, M. de Beauvais, médecin en chef de Mazas; vice-président, M. Passant, médecin en chef du dispensaire de salubrité ; secrétaire général trésorier, M. Rouillard, chef de clinique de la Faculté; secrétaire, M. Bories, médecin adjoint de la prison de Nanterre. Son siège est rue Bonarpate, n° 30.

— M. le docteur Gadaud a été élu, le 19 avril, sénateur de la Dordogne.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bénac père (de Cadaujac); Godrie (de Cézac).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Debove.

Anatomie médicale du foie.

Messieurs,

J'ai été chargé, l'année dernière, du cours de pathologie interne et, suivant l'usage antique et solennel, je vous ai fait une leçon d'ouverture. Je vous ai dit à ce moment qu'il y avait, en médecine, des faits et des théories, et que les théories devaient toujours s'incliner en présence des faits, ces derniers ne pouvant jamais fléchir en face d'une idée préconçue. Comme ce principe servait de base à mon enseignement, je tiens à vous le rappeler ici, et j'aurai encore l'occasion de le faire plus tard.

Il y a, à cette Faculté, deux espèces de cours de pathologie interne : les uns sont détaillés, élevés ; les autres, élémentaires, terre à terre, comme on dit un peu dédaigneusement. Les deux genres sont professés ici avec éclat et succès; on peut donc se demander ce que doit être un cours de Faculté. Souvent le professeur prend un point particulier, qu'il connaît bien, sur lequel il a des idées personnelles; puis, en commençant son enseignement, il fait un historique développé, ce qui est très important, car l'histoire c'est une leçon pour nous, et c'est en voyant les erreurs des devanciers qu'on évite d'en commettre de semblables. Il entre ensuite dans les plus grands détails sur le sujet qu'il traite et va plus loin encore en essayant de montrer dans quelle direction les élèves doivent chercher, dans quel sens des travaux originaux doivent être entrepris. Vous connaissez tous les leçons de ce genre qui sont faites dans cette Faculté, car un grand nombre sont ou publiées par le maître, ou recueillies par les auditeurs, et nous en profitons tous.

La plus grave objection à faire à un cours de ce genre, c'est qu'il n'est pas compris par tout le monde et que certains auditeurs seulement, assez avancés dans leurs études, peuvent en profiter.

Les cours élémentaires, au contraire, sont utiles à tous et, de plus, ils peuvent vous servir pour vos examens, dans lesquels nous ne devrions pas vous demander autre chose que ce que nous vous avons enseigné. Il faudrait pouvoir, du reste, passer la pathologie en revue devant vous, car il est nécessaire que vous connaissiez le diagnostic, le pronostic et le traitement de la plupart des maladies, afin de pouvoir exercer la médecine honnêtement, et non pas comme un charlatan.

Je tâcherai, Messieurs, de faire à la fois les deux sortes d'enseignement. Ici, mon cours sera élémentaire et, en m'écoutant, vous pourrez préparer

vos examens. D'autre part, je ne négligerai pas les recherches nouvelles, car, ne pas avancer, c'est reculer, et un professeur de Faculté qui ne ferait qu'un enseignement élémentaire ne répondrait pas à ce que l'on doit attendre de lui. Mais c'est seulement à l'hôpital, à un petit nombre d'élèves avec qui je pourrai discuter, près de mon laboratoire, qu'il me sera possible de donner avec fruit cet enseignement supérieur.

Mon cours, cette année, doit porter sur les maladies du tube digestif et celles du rein. En commençant l'exposé des premières, suivant l'ordre habituel, je devrais vous parler d'abord des stomatites. Mais c'est là un sujet ardu, qui n'offre qu'un intérêt secondaire, et je préfère débuter par l'étude des maladies du foie, la principale glande annexe du tube digestif.

Il faut d'abord que je vous parle de l'anatomie du foie, mais sans vous la faire complètement, car je suppose que vous arrivez ici avec des notions suffisantes d'anatomie et de physiologie.

L'anatomie du foie dont nous devons nous occuper est une anatomie médicale, car il y a différentes manières de faire l'anatomie. Ceux qui s'occupent de l'anatomie descriptive classique décrivent pour l'amour de l'art, sans s'occuper des considérations physiologiques ou pathologiques. D'autre part, il y a aussi une anatomie artistique; pour l'artiste en effet, la moindre saillie musculaire ou osseuse de la surface du corps a de l'importance et il faut la décrire. Il y a encore une anatomie chirurgicale dans laquelle la description s'attache surtout aux régions du corps qui peuvent être l'objet d'une action chirurgicale quelconque et, bien souvent, les chirurgiens vous diraient qu'ils ne connaissent guère que cette anatomie, si un chirurgien avouait jamais qu'il ignore quelque chose. Vous comprendrez facilement, d'après ces exemples, qu'il y a certains points spéciaux de 'anatomie qui doivent surtout être présents à l'esprit quand on fait de la médecine.

Le foie occupe l'hypochondre droit sans y faire, à l'extérieur, de saillie appréciable. Cette particularité a une grande importance, car, dès qu'il y aura une saillie dans la région, il s'agira certainement d'un état morbide qui probablement se rattachera au foie.

La couleur de la glande est d'un rouge spécial, *sui generis,* comme l'on dit, expression commode qui dispense de chercher plus loin A l'état pathologique, cette couleur varie beaucoup. Elle devient plus vive par suite de la présence d'une plus grande quantité de sang dans la congestion et dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Elle passe au jaune dans la dégénérescence graisseuse, au vert chez les ictériques. Quelquefois, le foie est noir et, en dehors des cancers mélaniques, cela se voit dans la mélanémie qui succède aux fièvres intermittentes graves prolongées.

Le foie normal est rénitent. Cette consistance augmente dans les cirrhoses et diminue dans l'hépatite, dans l'atrophie jaune aiguë, dans la plupart des maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, le typhus, etc.

Dans la dégénérescence amyloïde, qui fond tous les éléments les uns avec les autres, l'homogénéité de la glande est remarquable; cette homogénéité disparaît dans la cirrhose dont les cicatrices fibreuses ont une grande consistance.

Le volume de la glande hépatique, qui est la plus volumineuse des glandes de l'économie, est très variable et oscille dans de grandes proportions, selon es états pathologiques. Pour nous, médecins, une seule dimension est inté-

ressante, celle qui répond à la ligne mammaire; sur cette ligne, le foie a une hauteur de 10 à 11 centimètres à la percussion. Si ces dimensions sont dépassées, on peut dire que la glande est augmentée de volume.

Le poids de l'organe ne peut, naturellement, être constaté qu'après l'autopsie et est, du reste, très intéressant au point de vue anatomo-pathologique. Sur le cadavre, le poids normal est d'à peu près 1 kilogr. 500 gr.; chez le vivant, il faut compter 500 grammes de plus à cause du sang. Le poids et le volume sont augmentés dans la cirrhose hypertrophique, le foie gras, le cancer; ils sont diminués dans l'atrophie jaune aiguë, maladie dans laquelle la glande devient trop petite pour sa capsule, et surtout dans la cirrhose atrophique.

Le foie est maintenu en place, un peu par la masse intestinale, beaucoup par des ligaments spéciaux dont les deux principaux vous sont connus sous les noms de ligament falciforme et ligament coronaire. Sur les côtés de ce dernier se trouvent deux ligaments latéraux sans importance. Le ligament falciforme suit le cordon fibreux qui résulte de l'oblitération de la veine ombilicale et forme une espèce de faux allant au foie. Le ligament coronaire unit la partie supérieure de la glande au diaphragme; c'est un repli du péritoine qui se continue en réalité avec la partie de la séreuse qui entoure toute la glande. Cette dernière est donc logée dans une capsule, fixée au diaphragme par un méso et est comparable à l'intestin sous ce rapport.

Les rapports du foie avec le péritoine sont très importants au point de vue anatomo-pathologique, car un grand nombre de maladies de l'organe entraînent soit des péritonites localisées, soit des péritonites généralisées qui peuvent succéder à l'ouverture d'une collection enkystée. Les adhérences du foie et de la masse intestinale se font très facilement; il s'ensuit que les abcès se développant dans la glande s'ouvrent fréquemment dans le tube digestif.

L'adhérence au diaphragme est assez intime, aussi le foie suit-il le muscle dans tous les déplacements de ce dernier. Toutes les maladies abaissant le diaphragme abaissent le foie, et il en est ainsi, par exemple, dans la pleurésie. Inversement, toutes les maladies qui portent la glande de bas en haut élèvent le diaphragme, et cette élévation se voit dans l'ascite, dans toutes les tumeurs volumineuses de l'abdomen.

Par suite de ses moyens de fixité, le foie n'a que des déplacements limités dans le sens latéral. On a cependant observé des cas de foie flottant comparables au rein flottant; ce sont là des faits rares, dont, pour ma part, je n'ai jamais observé d'exemple.

Un grand nombre des *rapports* du foie sont des plus intéressants au point de vue médical. La forme de l'organe a été comparée à celle d'un ovoïde segmenté, la plus grande partie de la grosse extrémité étant respectée. Ce n'est là qu'une forme par à peu près, car vous savez que, pour un anatomiste, un cône peut arriver à présenter plusieurs faces, à n'avoir ni base ni sommet et à être contourné sur lui-même.

Pour nous conformer à l'usage, nous donnerons au foie une extrémité droite, une extrémité gauche, deux faces et deux bords.

L'extrémité droite répond au diaphragme et l'extrémité gauche à l'estomac. Le bord postéro-supérieur sert à l'insertion du ligament coronaire. Le bord inférieur est plus intéressant et a reçu le nom de bord tranchant. Il affleure à peu près le bord des fausses côtes, et c'est là un point sur

lequel je ne saurais trop attirer votre attention et qu'il vous faut absolument retenir, car, toutes les fois que vous pourrez, par la palpation, percevoir le bord inférieur, c'est qu'il y aura une augmentation de volume. Cependant, comme chez le fœtus le volume de la glande est très considérable, ce n'est que vers l'âge de 5 ans qu'il a atteint des dimensions qui, par rapport au volume du corps, sont comparables à celles qu'il a chez l'adulte. Le bord inférieur présente deux échancrures, dont l'une répond à la veine ombilicale, et l'autre, plus importante, à la vésicule biliaire. Dès que le foie est un peu augmenté de volume, dès que la vésicule est un peu distendue, cette dernière devient accessible à la palpation; on peut quelquefois sentir à son niveau une crépitation due à la collision des calculs qu'elle renferme.

La face supérieure du foie est convexe. Elle est en rapport avec le diaphragme qui la sépare du cœur et du poumon et de la partie antérieure et latérale des dernières fausses côtes; tous les rapports importants sont donc médians.

Sur la ligne médiane se trouve le cœur. Quand cet organe est augmenté de volume, le foie descend un peu et forme une légère saillie au niveau de l'épigastre; les tumeurs de la région, les péricardites à épanchement abondant produisent le même résultat. Quand on palpe le foie ainsi descendu, il peut arriver que l'on perçoive des battements; ils sont alors transmis par la glande et il ne faut pas les confondre avec ceux qui tiennent à la distension rythmique de l'organe par le sang.

Les rapports avec la plèvre et le poumon ont une grande importance. Tout épanchement dans la plèvre droite aura pour effet d'abaisser le foie; les collections formées dans l'organe peuvent s'ouvrir dans le poumon; enfin les choses sont disposées de telle manière que le poumon et la plèvre coiffent le foie. Une plaie peut donc intéresser à la fois la glande hépatique, le diaphragme, la plèvre, le poumon; une ponction faite pour une pleurésie a pû ainsi entraîner ces blessures multiples.

Il résulte encore de ces rapports que l'appréciation de la limite supérieure du foie est difficile par suite de la présence du poumon au devant de la glande; il en est, du reste, de même de la limite inférieure, l'intestin se trouvant en arrière du bord. La percussion peut donc souvent induire le clinicien en erreur, et le meilleur procédé d'exploration est la palpation, très utile dès que le volume est un peu augmenté.

La face inférieure du foie présente des sillons contenant la veine cave inférieure, la veine porte, le cordon de la veine ombilicale, celui qui résulte de l'oblitération du canal veineux d'Aranzi; l'ensemble a à peu près la forme d'un H, comparaison classique.

Le lobe gauche du foie est en rapport avec l'estomac. Il en résulte que les abcès du fois s'ouvrent souvent dans l'estomac, et que, lorsque le ventricule est perforé par un ulcère et qu'il y a des adhérences, les hémorrhagies peuvent provenir du tissu hépatique.

La face inférieure du lobe droit présente trois fossettes. La plus élevée, petite, répond à la capsule surrénale; celle qui est au-dessous répond au rein, d'où l'ouverture des abcès dans les calices, le bassinet et les uretères, d'où aussi, peut-être, la fréquence plus grande du rein flottant du côté droit; enfin la fossette la plus antérieure est en rapport avec l'angle du côlon ascendant et du côlon transverses. Vous ne vous étonnerez donc pas de voir des abcès du foie se vider dans le gros intestin.

Au niveau des branches de l'H, on trouve des vaisseaux très importants, des moyens de fixité, et, enfin, la vésicule et des canaux biliaires.

La veine ombilicale occupe une des branches antéro-postérieures ; elle part, chez le fœtus, de l'ombilic et va au foie ; elle donne deux rameaux : l'un qui va à la veine porte, et l'autre qui se rend dans la veine cave inférieure. Chez l'adulte, il n'y a pas de canal veineux, et le cordon produit par l'oblitération sert de moyen de fixité. Les veines que l'on trouve à côté du tractus fibreux sont des veines portes accessoires qui vont de la paroi abdominale dans la veine porte.

En avant de la branche transversale de l'H se voit l'éminence porte antérieure ou lobe carré, et, en arrière, l'éminence porte postérieure ou lobe de Spigel.

Dans la seconde branche antéro-postérieure se trouvent la vésicule biliaire et la veine cave inférieure. La vésicule répond à une légère dépression et dépasse un peu le rebord inférieur du foie échancré à son niveau. Au-dessus, la veine cave inférieure est en rapport intime avec le foie qui la reçoit dans une demi-gouttière et lui envoie au même niveau les veines sus-hépatiques. Si l'on sectionne la veine cave et que l'on regarde à l'intérieur, on voit ces orifices veineux rester béants.

Il faut remarquer que ces veines n'ont pas de valvules. Aussi le reflux du sang se fait très facilement dans l'intérieur du foie. Les veines sus-hépatiques traversent le diaphragme, et, à peine ont-elles passé à travers le muscle qu'elles arrivent à l'oreillette droite par un orifice que la valvule d'Eustachi ne bouche que fort peu. Il suit de cette disposition que toujours, à chaque contraction cardiaque, un peu de sang reflue dans la veine cave. Si le reflux augmente par suite de l'altération pathologique, dont la principale est l'insuffisance tricuspidienne, le sang revient en arrière jusque dans le foie. Il en résulte une congestion de la glande qui est très fréquente dans les maladies du cœur, il en résulte aussi des battements hépatiques qui se produisent à chaque systole.

Au hile du foie se trouvent l'artère hépatique, la veine porte et le canal cholédoque. L'artère hépatique vient du tronc cœliaque et se divise en deux branches au niveau du foie; cette division s'observe au même point pour tous les canaux qui vont au foie ou en viennent. L'artère sert de support aux nerfs de l'organe; ces nerfs ont certainement une grande importance, mais leur rôle est peu connu.

La veine porte se termine par deux branches. Elle provient, d'une part, de l'intestin par la veine mésaraïque; d'autre part, de la rate par la veine splénique. Cette dernière origine fait souvent réunir le foie et la rate sous le nom d'appareil spléno-hépatique, et, très fréquemment, l'affection d'un de ces organes retentit sur l'autre. C'est ainsi que l'on observe souvent simultanément la congestion du foie et celle de la rate, que dans la cirrhose hypertrophique la tuméfaction de la rate est la règle, etc. Le sang de la veine mésaraïque vient de l'intestin et s'y est chargé de matières élaborées par les sucs digestifs. La veine porte joue donc à la fois le rôle de toutes les veines, et, de plus, remplit une fonction spéciale en transportant les produits de l'absorption intestinale.

Pathologiquement, elle peut se comporter comme une veine ordinaire; sa compression et la phlébite qui l'oblitèrent sont suivies de la transsudation du sérum. Mais, ici, le sérum s'épanche dans la grande cavité péritonéale et cet épanchement constitue l'ascite, si fréquente dans certaines mala-

dies du foie, la cirrhose atrophique, par exemple. D'autre part, la veine porte peut aussi se charger dans l'intestin de substances nuisibles pour la glande, de germes qui, comme dans la dysenterie, entraînent le développement d'abcès du foie. La veine transporte ainsi l'embryon exacanthe, qui, arrivé dans le viscère, s'y transformera en tumeur hydatique. Comme le dit un vieux jeu de mots, la veine porte est véritablement la porte des maux, *vena porta, porta malorum*.

La vésicule biliaire est pyriforme, elle donne naissance au canal cystique qui va s'aboucher dans le cholédoque.

La vésicule sert à recueillir la bile, et c'est grâce à elle que l'excrétion est intermittente et ne se déverse dans l'intestin qu'au moment approprié.

Mais de cette stagnation de la bile dans son réservoir résulte aussi une grande prédisposition à la formation de concrétions solides qui tendent à s'éliminer par les voies biliaires et causent alors le syndrome connu sous le nom de colique hépatique. Quelquefois, le calcul engagé dans le canal cystique s'y enclave, ou bien il retombe dans la vésicule; dans les deux cas, il n'y a pas d'ictère. Lorsque le canal cystique est fermé, la vésicule se dilate par suite de la sécrétion des glandes que renferment ses parois et la dilatation arrive à être telle qu'on a pu croire à un kyste de l'ovaire.

Le canal cholédoque s'ouvre dans l'intestin par l'intermédiaire de l'ampoule de Vater, dans laquelle s'abouche aussi le pancréas. Les rapports du canal cholédoque et de la glande pancréatique sont intimes, d'où oblitération du canal et ictère chronique dans le cancer de la tête du pancréas.

L'orifice de l'ampoule de Vater dans l'intestin est très étroit. Aussi, à la fin de l'accès de colique hépatique, la terminaison brusque des douleurs est-elle souvent précédée de souffrances très vives.

Le canal cholédoque est formé de deux tuniques. L'externe est fibreuse; l'interne, muqueuse, contient des glandes et se continue avec la muqueuse de l'intestin. Il s'ensuit que les affections de l'intestin retentissent fréquemment sur les voies biliaires et que le catarrhe intestinal se propage facilement au canal cholédoque.

Rectification à propos de la découverte de l'atténuation des virus.

Dans l'article publié par l'*Union médicale*, samedi 18 avril, j'attribuais à Toussaint, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, la découverte de l'atténuation des virus. A ce sujet, M. Pasteur m'a fait l'honneur de m'écrire, se mettant avec une grande bienveillance à ma disposition pour me prouver que la priorité de cette grande découverte lui appartenait.

C'est effectivement sous ses yeux que j'ai copié dans les comptes rendus de l'Académie des sciences ce qui suit :

Séance du 9 février 1880.

Note sur les maladies virulentes et en particulier sur la maladie appelée vulgairement le choléra des poules, par M. L. Pasteur.

« Par certain changement dans le mode de culture, on peut faire que le microbe infectieux soit diminué dans sa virulence. C'est là le point vif de mon sujet.

« La diminution dans la virulence se traduit dans les cultures par un faible retard dans le développement du microbe, mais au fond il y a identité de nature entre les deux variétés de virus.

« Sous le premier de ses états, l'état très infectieux, le microbe inoculé peut tuer

20 fois sur 20. Sous le second de ses états, il provoque 20 fois sur 20 la maladie et non la mort.

« Ces faits ont une importance facile à comprendre. Ils nous permettent, en effet, de juger en ce qui concerne la maladie qui nous occupe le problème de sa récidive ou de sa non-récidive.

« Prenons 40 poules; inoculons-en 20 avec un virus très virulent, les 20 poules mourront. Inoculons les 20 autres avec le virus atténué, toutes seront malades, mais elles ne mourront pas. Laissons-les se guérir et revenons ensuite pour ces 20 poules à l'inoculation du virus très infectieux, cette fois il ne tuera pas. La conclusion est évidente. La maladie se préserve elle-même, elle a le caractère des maladies virulentes qui ne récidivent pas. »

Il est manifeste que la découverte de l'atténuation des virus est contenue tout entière dans le travail qui précède, communiqué à l'Institut le 9 février 1880. La note de Toussaint, concernant ses expériences sur le charbon, n'a été adressée à l'Académie des sciences que le 12 juillet 1880, date postérieure à la précédente. Les droits de priorité de M. Pasteur ne sauraient donc être contestés.

Dr Ch. Abadie.

Congrès allemand de médecine interne.

La lithiase biliaire. — M. Naunyn : Les calculs biliaires sont fréquents, car on les rencontre à peu près sur un dixième des cadavres. Cependant leur pathogénie est encore fort mal connue, et la plupart des théories proposées sont passibles de sérieuses objections.

Beaucoup d'auteurs admettent que les calculs se déposent lorsque la bile renferme des quantités exagérées de cholestérine et de sels de chaux. Ces quantités anormales seraient secrétées par suite d'un vice de la nutrition, de troubles dans les échanges moléculaires. Cette anomalie nutritive se verrait dans la goutte, l'obésité, lorsque l'alimentation est trop riche, lorsque l'on fait usage d'eaux trop chargées de sels calcaires, et ce rôle de l'eau expliquerait bien la fréquence de la lithiase dans certaines contrées.

D'autres croient que la bile a perdu en partie son pouvoir dissolvant à l'égard des substances lithogènes, principalement de la cholestérine. Lorsque la bile stagne, les acides biliaires se décomposent en acide cholalique, en glycochole et en taurine, et la cholestérine se précipite. Comme alors le liquide devient acide, cette acidité favorise la combinaison de la chaux et de la bilirubine.

On a accordé une grande importance pathogénique à l'état catarrhal des voies biliaires. Cet état catarrhal favorise la décomposition de la bile et réunit les sédiments. De plus, un flocon de mucus devient facilement un noyau autour duquel se déposent les substances précipitées.

La cholestérine n'existe pas seulement dans la bile; ce n'est pas, comme les sels biliaires, un élément spécifique de ce liquide. Dans l'expectoration du catarrhe bronchique, elle se trouve en même proportion que dans la bile, et forme 2 p. 100 des éléments solides. Quand on donne de la cholestérine à un animal, la quantité qu'excrète le foie n'est pas augmentée, et la quantité de cette substance dans la bile, à l'état normal et pathologique, est toujours de 2 p. 100 des éléments solides. L'alimentation n'a pas d'influence, et Thomas a démontré que la quantité reste invariable, quelle que soit l'espèce de nourriture administrée.

Il est probable que la cholestérine provient de la destruction de l'épithélium des voies biliaires. Thomas a vu la quantité de cette substance augmenter beaucoup chez l'un des animaux mis en expérience après l'apparition d'un catarrhe biliaire.

La proportion de calcium que renferme la bile est de même indépendante de l'alimentation, et on peut en faire prendre des quantités considérables sans l'augmenter. On peut admettre que c'est encore la muqueuse qui fournit ce corps, car toutes les sécrétions qui renferment de la mucine contiennent aussi du calcium.

On a dit que la bile avait perdu son pouvoir dissolvant à l'égard de la cholestérine

qui est dissoute par les sels biliaires, les savons et les matières grasses. Cependant, dans tous les cas qu'il a étudiés, M. Naunyn a toujours trouvé assez de ces substances pour dissoudre toute la cholestérine. Enfin, il est certain que l'acide cholalique est un dissolvant à peu près aussi bon que l'acide glycocholique.

Les recherches cliniques sont contradictoires. Schüppel trouve la lithiase très rare en Finlande, et Harley déclare qu'elle est très commune. M. Naunyn pense que la maladie offre une fréquence égale, quelles que soient les conditions de temps, de lieu, de profession, d'habitudes, d'alimentation et de santé. Chez les vieillards, la fréquence augmente de plus du double. Il semble que la maladie soit beaucoup plus commune dans certaines villes que dans d'autres, puisque, d'après Peten, on la trouve à Kiel dans 5 p. 100 des autopsies et dans 12 p. 100 à Strasbourg, d'après Schrœder. Mais, il faudrait, pour que ces chiffres eussent de la valeur, que les différentes statistiques comprissent autant d'individus âgés, que jamais on ne négligeât d'examiner les voies biliaires, etc.

Des recherches de Schrœder, faites à Strasbourg, il résulte que :

1° Les calculs biliaires sont beaucoup plus fréquents chez les femmes, surtout lorsqu'elles ont eu des enfants ;

2° Ils apparaissent chez l'homme surtout après 60 ans.

On peut tirer de ces recherches une conclusion, c'est que la stagnation de la bile a une grande importance dans la production des calculs. En effet, s'ils sont bien plus communs chez la femme, cela tient à la grossesse et à la manière de s'habiller qui agissent dans ce sens; très souvent la lithiase coïncide avec le sillon du foie qui tient à la constriction des vêtements. La grossesse facilite les déplacements du rein et du foie. Or, il résulte des recherches de Riedel que le vésicule tend alors à se porter en arrière, que le canal cholédoque est tiraillé, se rétrécit et laisse plus difficilement écouler le liquide. La grossesse est encore nuisible en gênant les mouvements du diaphragme qui, dans l'état normal, ainsi que l'a montré Heidenhain, comprime le foie et la vésicule indirectement, et les fait se dégorger.

La fréquence des calculs, chez le vieillard, tient à la paralysie des muscles lisses des voies biliaires, paralysie dont l'importance pathogénique a été mise en évidence par Charcot.

Ce n'est pas seulement l'épaississement de la bile qui provoque le dépôt des concrétions, car, quand on évapore ce liquide et qu'on le réduit pour l'évaporer de nouveau, il ne se forme pas de calculs. Il faut un état pathologique de la muqueuse biliaire, une destruction de l'épithélium qui mette en liberté les sels de chaux et la cholestérine.

La bile renferme souvent des granulations brunâtres, formées de sels de chaux, de cholestérine et de bilirubine ; on constate alors en même temps qu'il y a une destruction plus ou moins étendue des épithéliums. On peut même voir parfois la cholestérine sortir des cellules sous forme de gouttelettes qui disparaissent facilement dans les sédiments de sels calcaires de bilirubine, dont la chaux est fournie par la désintégration cellulaire. L'albumine qui se trouve dans la bile à la suite de cette désintégration favorise aussi les dépôts des sels de bilirubine, ainsi que le prouvent les expériences de M. Steinmann.

Les amas formés par les corps précipités deviennent de plus en plus durs par résorption des parties liquides, la vésicule en les comprimant les imprègne de bile. La coque se fait par le dépôt de sels calcaires de bilirubine, la cholestérine cristallise à l'intérieur et les sels calcaires forment des amas qui laissent dans la partie centrale du calcul un vide renfermant du liquide quand la concrétion est récente. La cholestérine finit par atteindre le centre du calcul et y forme des cristaux.

La redissolution du calcul reste possible tant qu'il n'est formé que de sels de cholestérine et de bilirubine, mais, à un moment donné, la muqueuse, altérée, fournit du carbonate de chaux insoluble qui encroûte la concrétion.

C'est donc une angiocholite desquamative qui domine la pathogénie des calculs biliaires. Elle dépend sans doute de l'action des acides biliaires stagnant sur des épithéliums affaiblis par suite des troubles de la circulation de la muqueuse résultant de la distension des conduits. Une infection peut avoir les mêmes conséquences; elle n'entraîne l'angiocholite (cas particulier du *bacterium coli*) que s'il y a en même temps sta-

gnation biliaire. Ce fait résulte des expériences de Netter. Les amas bacillaires provoquent peut-être le dépôt autour d'eux des sels calciques de bilirubine.

Au point de vue de la symptomatologie, il faut séparer nettement les formes typiques et régulières et les formes atypiques et irrégulières qui résultent de l'existence de l'angiocholite infectieuse. La fréquence du carcinome secondaire aux calculs assombrit encore le pronostic.

La thérapeutique de la lithiase biliaire est presque nulle. L'alimentation n'influe pas sur la composition de la bile et il n'y a pas de cholagogues vrais. Les alcalins sont toujours neutralisés avant d'arriver jusqu'à la bile. Le traitement médical se réduit à tâcher d'empêcher la stagnation de la bile; il faut éviter les repas trop espacés, les indigestions, etc. Les eaux chlorurées alcalines favorisent la production des mouvements péristaltiques qui se propagent aux voies biliaires.

M. Furbringer insiste sur la fréquence des cas latents de cholélithiase. Les irradiations de la colique hépatique se font souvent dans des points très éloignés, le ventre, le dos; une élévation de température légère est fréquente, et il y a souvent des poussées paroxystiques. On doit rechercher les calculs dans les fèces avec le plus grand soin et souvent on ne les trouve qu'après un long temps. Les accès avortés sont très communs. La fièvre intermittente hépatique qu'a décrite Charcot a une grande valeur diagnostique associée à l'ictère, aux tuméfactions et aux douleurs locales. Il est assez fréquent de voir une inflammations suppurative n'entraîner qu'une douleur locale peu accentuée qui reste inaperçue. L'hépatite interstitielle et les adhérences du foie sont encore des conséquences de la cholélithiase.

Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire a donné de très bons résultats. Une statistique recueillie par Furbringer donne 34 p. 100 de guérisons conditionnelles; 42 p. 100 d'améliorations; 20 p. 100 d'insuccès et 14 p. 100 de décès.

La médication interne ne peut espérer dissoudre les calculs. Les eaux minérales alcalines sont utiles; il en est de même du salicylate de soude et de l'huile d'olive. L'huile peut entraîner la production de dyspepsies très pénibles. La nourriture ne doit pas contenir trop de graisse ni de sucre et il faut veiller à la régularisation des selles.

M. Mosler (de Greifswald) rattache la production fréquente de la lithiase biliaire sur les côtes de l'Est à l'existence d'un catarrhe gastro-duodénal qui résulte lui-même d'une alimentation substantielle et grasse à l'excès. Le catarrhe biliaire résulte du catarrhe duodénal. Chez la femme un rôle mécanique est joué par la constriction exercée par le corset et chez les militaires par celle qui tient au port du ceinturon. Quand le catarrhe existe en même temps que le ralentissement du cours de la bile, il y a production de concrétions autour de bouchons muqueux. Le catarrhe des voies biliaires, les suppurations, etc., tiendraient à la pénétration de bacilles venus du duodénum. Il en est de même de la thrombose du système porte et de la pyléphlébite, de la suppuration de la paroi de la vésicule. Les calculs à eux seuls ne peuvent déterminer de suppuration.

Le catarrhe duodénal et l'inflammation secondaire des voies biliaires sont combattus avec de bons résultats par les eaux de Carlsbad, d'Ems, etc., par les boissons abondantes, les lavements d'eau avec des sels alcalins. Le salicylate de soude est utile comme antiseptique.

M. Gaus (de Carlsbad) insiste sur la difficulté que présente parfois le diagnostic de l'accès de coliques hépatiques. Dans un cas où l'on avait fait le diagnostic de lithiase biliaire, il a reconnu qu'il s'agissait d'un rein flottant. Très fréquemment, il y a coïncidence entre la colique hépatique et la glycosurie. Le mécanisme de cette glycosurie est mal élucidé; elle peut tenir à l'irritation que causent les calculs ou bien se rattacher à une production de glycogène en excès entraînée par la stase biliaire. En tout cas, la constatation de cette glycosurie pourra être utile dans des cas douteux.

M. Riedel (d'Iéna) montre que le traitement chirurgical de la lithiase biliaire est fort difficile quand il y a à la fois des petits et des gros calculs.

Il faut faire à la vésicule, au niveau du point où l'on suppose que se trouve le calcul, une ouverture très petite, que l'on bouche par un tampon de ouate; huit jours plus tard

on extrait la concrétion. La recherche de cette dernière doit être faite très soigneusement à l'aide du doigt, car souvent elle est incrustée sous les parois où se cache sous un lobule hépatique.

L'intervention chirurgicale s'impose dès que l'on a des raisons de supposer que le malade est porteur d'un calcul volumineux. Quand on pense que les concrétions sont encore de petit volume, on peut recourir au traitement hydro-minéral.

Diagnostic différentiel entre la péricardite avec épanchement et la dilatation cardiaque. — M. Schott (de Nauheim) fait ressortir la difficulté du diagnostic entre ces deux lésions; la ponction exploratrice elle-même peut laisser le médecin dans le doute. Le mieux est de recourir à la gymnastique graduée qui, lorsqu'il y a une dilatation, a pour effet de ramener le cœur à ses dimensions normales. Naturellement le traitement n'agit pas quand il s'agit de la péricardite. Le traitement gymnastique rend aussi plus nets et plus facilement distinguables les bruits normaux et pathologiques du cœur.

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. (Nous nous bornerons à analyser très brièvement les communications très nombreuses qui ont été faites sur cette question, car, actuellement, l'opinion est fixée en France sur la valeur du remède de Koch.) — Un petit nombre des membres du Congrès s'est montré partisan résolu de l'emploi de la tuberculine. La plupart ont reconnu que les guérisons à peu près complètes de la phthisie pulmonaires étaient fort rares et que, de plus, il fallait modifier la pratique de Koch en s'en tenant aux doses faibles.

M. Cornet (de Berlin) a donné la statistique suivante, basée sur les observations de 278 malades atteints d'affections pulmonaires tuberculeuses. Sur 34 cas légers, il y a eu 65 p. 100 de presque guérisons, 30 p. 100 d'améliorations notables et 2 p. 100 d'absence d'amélioration. Plus les cas deviennent graves, plus le chiffre des pseudo-guérisons s'abaisse; il n'est plus que de 4 p. 100 sur 70 cas moyens, de 3 p. 100 sur 80 cas graves et tombe à 0 sur 85 cas très graves, le chiffre des non-améliorations s'élevant alors à 61 p. 100. Dix-huit malades sont morts dans le cours du traitement.

M. Furbringer a eu 5 p. 100 de guérisons à peu près certaines. Il reconnaît, du reste, que la tuberculine est loin d'être exempte de dangers.

Le rapporteur était M. von Jacksch (de Prague), qui s'est montré encore moins enthousiaste. Il a vu des malades certainement tuberculeux ne pas avoir de réaction et d'autres qui ne présentaient pas la moindre trace d'une affection tuberculeuse quelconque réagir activement après l'injection de la tuberculine; cette dernière serait donc loin d'avoir toute la valeur diagnostique qu'on lui avait accordée d'abord. Il n'a jamais observé de guérison définitive dans les cas graves et moyens de tuberculose, mais a constaté une guérison sur 8 malades atteints de formes très légères. Des améliorations étaient bien plus évidentes pour les tuberculoses cutanées.

M. Ziegler a insisté sur les dangers que pouvait faire courir à l'économie la résorption de bacilles très actifs; ces derniers ne sont jamais tués.

Beaucoup des membres de l'assemblée ont, à l'exemple de M. Naunyn, rapporté des observations montrant les dangers des injections de tuberculine; le professeur de Strasbourg a déclaré qu'il n'oserait plus employer le remède de Koch. L'aspect plus favorable des salles de phthisiques, dans la plupart des hôpitaux, tient simplement à ce que les médecins n'ont guère admis dans leurs services que les cas les plus favorables à l'emploi de la lymphe, c'est à dire les moins graves.

MM. Schultze et Freimuth ne veulent plus se servir du médicament.

MM. Turban et Kast ont mis en évidence les variations si grandes et impossibles à prévoir de la réaction individuelle.

M. Peiper a obtenu une réaction intense, pouvant même inspirer de l'inquiétude, chez des malades nullement tuberculeux.

Enfin, d'après les statistiques qui ont été fournies par M. Dettweiler, les résultats obtenus par la lymphe seraient inférieurs à ceux que donne le traitement suivi à Falkenstein.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1891. — Présidence de M. NICAISE.

SOMMAIRE : Chirurgie intestinale. — Bandage herniaire.

M. TERRILLON fait un rapport sur des observations relatives à la *chirurgie intestinale* envoyées par M. Boiffin (de Nantes).

Le premier cas se rapporte à un nouveau-né atteint d'obstruction intestinale; M. Boiffin fit la laparotomie et trouva le péritoine rempli de méconium. L'enfant mourut et, à l'autopsie, on constata l'existence de deux rétrécissements très étroits siégeant à la fin de l'intestin grêle; le gros intestin avait subi un arrêt de développement et le rectum était normal.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de 54 ans qui avait eu, en 1878, un phlegmon herniaire suivi d'une fistule stercorale au niveau d'une hernie crurale. La fistule avait guéri lentement lorsque les mêmes accidents se reproduisirent. M. Boiffin isola d'abord l'intestin et le sutura; mais, après quelques jours, il apparut à la plaie et la fistule menaça de se reformer. Le chirurgien fit alors la résection de l'intestin avec entérorrhaphie circulaire. La guérison fut complète. Peut-être aurait-on pu se borner à tenter de nouveau la première opération?

Le troisième cas a rapport à un homme de 24 ans qui fut soigné, à la fin de 1889, pour une typhlite que l'on croyait non suppurée, mais qui bientôt rendit du pus par le rectum et la vessie et des gaz par l'urèthre. La région cœcale présentait une grosse tuméfaction diffuse, empâtée, mais il n'y avait pas de pus. Ayant fait la laparotomie, M. Boiffin ne tenta pas la destruction des trajets et la suture intestinale, mais fit une entéro-anastomose entre le côlon transverse et l'intestin grêle en établissant une grande communication et en ne faisant qu'une seule rangée de sutures séro-séreuses. On pouvait espérer que, les matières fécales ne passant plus par le cœcum, les fistules se fermeraient, et c'est ce qui est arrivé. Le malade s'est rétabli rapidement. Il aurait mieux valu employer la suture de Czerny-Lambert, qui est plus sûre.

— M. BERGER fait un rapport sur le *bandage herniaire* de M. Bernard (de Poissy). Cet appareil, qui agit par pression élastique, est utile dans les hernies difficiles à maintenir réduites.

— M. BERGER présente un malade auquel il a fait la désarticulation de la cuisse par le procédé de M. Verneuil pour une récidive d'ostéo-sarcome du fémur. L'opération s'est faite normalement, mais il y a eu de la suppuration qui est apparue après quelques jours, semblant venir de la cavité cotyloïde. A un moment, le pus a été bleu. M. Berger, dans les opérations de ce genre qu'il pourra avoir à pratiquer, fera l'abrasion du cartilage de la cavité cotyloïde afin d'avoir une surface osseuse plane. Il pense aussi à supprimer le drainage si cela lui est possible.

M. VERNEUIL a fait récemment la même opération. Il n'a pas tenté de réunion et a simplement bourré la plaie de gaze iodoformée. La guérison est presque définitive au bout de deux mois.

M. ROUTIER a observé, dans les mêmes conditions, un petit abcès profond. Il pense que l'on aura raison de faire l'abrasion de la cavité cotyloïde.

Dans un cas d'ostéomyélite, M. PEYROT a fait une désarticulation de la cuisse et le malade a guéri sans suppuration.

— M. Félizet est élu membre titulaire de la Société.

FORMULAIRE

Traitement de l'endométrite tuberculeuse. — Jouin.

On dilate deux ou trois fois la cavité utérine avec une tige de laminaire préparée antiseptiquement, c'est-à-dire trempée pendant douze heures au moins dans de l'éther iodoformé. Puis, à quelques jours d'intervalle, on applique successivement une quinzaine de bâtonnets d'iodoforme, qui, dans les formes primitives, guérissent la lésion locale, et améliorent l'état général. A l'intérieur, on prescrit les préparations créosotées. — Abstinence complète de rapports sexuels, jusqu'à guérison définitive. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 21 avril 1891, M. le docteur de Lanessan, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, député de la Seine, est nommé gouverneur général de l'Indo-Chine française.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 avril 1891, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. Antonio Taclaghiqui, étudiant en médecine de la Faculté de Beyrouth, pour le courage et le dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi à Tripoli (Syrie), en 1890.

— Le concours ouvert le 13 courant devant la Faculté de médecine de Paris pour la nomination à l'emploi de médecin en chef des hospices de Bourges, vient de se terminer par la désignation de M. le docteur Casanova, faite à l'unanimité du jury, composé de cinq professeurs et agrégés de la Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 avril 1891, la chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mandon (de Limoges).

Hôpital Tenon. — Service de M. le docteur Richelot. — *Salle Richard Wallace.* — N° 1, castration ovarienne pour fibromes utérins, opérée. — N° 2, abcès de la grande lèvre, opérée. — N° 3, hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, opérée. — N° 4, trépanation du tibia pour ostéomyélite, opérée. — N° 5, rétroversion utérine. — N° 6, hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, opérée. — N° 7, castration ovarienne pour fibromes, opérée. — N° 8, trépanation du tibia pour ostéomyélite ancienne, opérée. — N° 9, amputation sus-vaginale du col utérin pour épithéliome, opérée. — N° 10, kyste hydatique suppuré du foie, opérée. — N° 11, curage de l'utérus, opérée. — N° 12, laparotomie pour pyosalpinx, opérée. — N° 13, ano-périnéorrhaphie consécutive à une opération de Kraske, opérée. — N° 14, laparotomie pour ovaires polykystiques, opérée. — N° 15, *idem*, opérée. — N° 16, tumeur abdominale. — N° 17, hystérectomie vaginale pour hématosalpinx suppuré, opérée. — N° 18, laparotomie pour pyosalpinx, opérée. — N° 19, *idem*, opérée. — N° 20, laparotomie exploratrice pour salpingite chronique et adhérences multiples, opérée. — N° 21, gros fibrome utérin. — N° 22, arthrectomie du genou pour synovite fongueuse, opérée.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; **complètement soluble dans l'eau et le vin.** — ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hospice des Enfants-Assistés.

Leçons de chirurgie orthopédique,

Par M. le docteur KIRMISSON.

Messieurs,

J'ai l'intention d'enseigner ici la chirurgie orthopédique. Le mot orthopédie remonte loin, car il a été employé pour la première fois par Audry en 1743. Le mot est tiré du grec, ὀρθός, παιδίον. « J'ai composé de ces deux mots, dit Audry, celui d'orthopédie pour exprimer en un seul terme le dessein que je me propose, qui est d'enseigner divers moyens de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps. »

S'il est facile de trouver l'étymologie du mot, il est difficile d'en donner une bonne définition. La plupart des maladies chroniques donnent lieu à des difformités. C'est ainsi que les tumeurs déforment beaucoup les régions où elles se développent, que les luxations et les fractures modifient la configuration des membres; enfin, il en est encore de même pour certaines affections spéciales, telle que l'éléphantiasis, par exemple. D'autre part, un grand nombre de déformations ne relèvent pas de l'orthopédie; il en est ainsi du bec-de-lièvre, de l'extrophie de la vessie, etc., qui rentrent dans la chirurgie générale.

En serrant la question de près, on verra que, ce qui est du domaine de l'orthopédie, ce sont les difformités du système locomoteur et leur thérapeutique, et qu'on doit la définir : l'étude des difformités de l'appareil locomoteur et de leur traitement.

Toutes les maladies chroniques de l'appareil locomoteur ne doivent pas être étudiées par nous; c'est ainsi que les ostéites, les arthrites, etc., ne nous intéressent qu'en ce qu'elles peuvent causer des difformités. Par contre, la scoliose doit nous occuper, bien qu'elle s'accompagne de lésions osseuses, parce qu'elle est surtout intéressante par les déformations qu'elle entraîne.

Au point de vue de leurs causes, ces difformités se rangent en deux grands groupes, selon qu'elles sont congénitales ou acquises.

Les difformités congénitales relèvent d'origines multiples. Elles peuvent dépendre de l'absence, de l'atrophie des germes qui doivent donner naissance à certains os ou à certains points osseux. D'autres fois, il faut invoquer des causes mécaniques : position vicieuse prise par certains organes

dans l'intérieur de l'utérus; circulaires du cordon déterminant des amputations congénitales. D'autres fois encore, il s'agit d'affections pathologiques du fœtus, telles que le rachitisme intra-utérin, les fractures avec consolidations vicieuses, les arthrites fongueuses, dont la plus fréquente est la coxalgie, etc.

Dans la vie extra-utérine, les déformations sont de causes pathologiques ou sont sous la dépendance de traumatismes.

Les causes pathologiques sont si multiples que je ne peux vous les énumérer toutes. Les lésions du tégument externe et des parties immédiatement sous-jacentes peuvent amener des rétractions; les affections des os, les arthrites sont suivies de l'apparition de toutes les variétés d'ankylose; toutes les affections du système nerveux central et périphérique peuvent déterminer des déformations remarquables, et vous connaissez tous celles qui suivent et accompagnent l'hémiplégie avec contracture, la section accidentelle des nerfs et surtout les affections de la moelle, en tête desquelles il faut placer la paralysie infantile.

Tout un groupe de difformités dépend du traumatisme, et il est très fréquent de constater cette cause. Je citerai simplement celles qui accompagnent les luxations anciennes, la consolidation vicieuse des fractures, les pertes de substance d'origine quelconque.

Vous voyez que, d'après cet exposé, l'orthopédie a avec la pathologie générale de grandes connexions et que le chirurgien orthopédiste doit être familier avec beaucoup des questions de la pathologie générale, médicale ou chirurgicale pour comprendre la pathogénie des lésions qu'il a à traiter, pouvoir en poser le pronostic et, enfin, pour pouvoir instituer un traitement convenable.

Par conséquent, si vous voulez faire de l'orthopédie scientifique, il vous faut d'abord avoir des connaissances générales assez étendues. D'où cet axiome que l'on ne devrait jamais oublier : « La spécialité ne doit jamais être le point de départ, mais le but, l'arrivée. »

Des procédés d'étude de l'orthopédie, je n'ai que peu de choses à vous dire, car ils ne diffèrent pas, en général, de ceux que l'on emploie habituellement dans la médecine et dans la chirurgie et, comme toujours, l'examen du malade doit être très minutieux si l'on veut poser des indications fermes et arriver à prescrire un traitement judicieux. Cependant, nous devons nous attacher à avoir des procédés de mensuration très exacts, qui nous permettent de traduire pour ainsi dire les lésions à l'œil, et de constater exactement les résultats obtenus après le traitement. J'aurai l'occasion de vous montrer certains appareils nouveaux applicables à l'étude de la scoliose. Il est encore utile, pour pouvoir comparer l'état des malades avant et après notre intervention, de recourir aux moulages et aux photographies.

Guérir les difformités, voilà le but de l'orthopédie. Comment l'atteindre?

Au Congrès de Berlin, il y a eu une section d'orthopédie qui a été organisée par Shaffer (de New-York). Cet honorable chirurgien, dans son discours d'ouverture des travaux de la section, émit cette opinion que l'orthopédiste devait se borner à réduire les difformités par les manipulations ou les appareils, mais qu'il ne pouvait jamais avoir recours à une intervention sanglante. Ainsi que la plupart des membres de la section, j'ai combattu les idées de Shaffer, car il n'y a aucune raison pour que la chirurgie orthopédique ne profite pas des immenses progrès que l'antisepsie a fait faire à la

chirurgie générale. Nos malades sont généralement à un âge et dans des conditions telles qu'il n'y a pas de diathèse cancéreuse, qu'il n'y a souvent pas non plus de tuberculose, et qu'enfin on ne trouve pas de foyers anciens de suppuration. Nous sommes donc dans les meilleures conditions pour opérer avec de grandes chances de succès et nous ne devons pas nous interdire de recourir à la médecine opératoire.

Aussi voyez ce qui se passe. Il y a soixante ou soixante-dix ans, on a trouvé la ténotomie sous-cutanée qui, au moment où on a commencé à la faire, était un grand progrès et passait pour une grande hardiesse, la plupart des opérations étant suivies d'accidents septiques. Mais cette ténotomie elle-même ne remplit pas toujours toutes les indications, et l'on tend, dans certains cas, à revenir à la ténotomie à ciel ouvert, devenue inoffensive avec les progrès de l'antisepsie. Contre les difformités osseuses, nous pouvons employer l'ostéoclasie instrumentale ou manuelle et l'ostéotomie, opération que les instruments de Mac Ewen ont rendu plus facile. L'arthrodèse d'Albert (de Vienne) donne les meilleurs résultats dans beaucoup de difformités d'origine paralytique; l'opération a peu de gravité et évite l'emploi d'appareils encombrants et fort coûteux. Enfin les différents procédés de résections osseuses et articulaires nous permettent, dans certains cas, de remédier à des états très pénibles pour les malades et doivent encore rentrer dans notre pratique. Le grand rôle que la chirurgie joue dans l'orthopédie, justifie, il me semble, le titre de chirurgie orthopédique que j'ai donné à ces leçons.

Il se fait en ce moment, dans tous les pays, un grand mouvement en faveur de l'orthopédie.

A Londres, il y a trois hôpitaux spéciaux : *Royal orth. Hospital*, *National orth. Hospital*, *City orth. Hospital*. De plus, les hôpitaux généraux comportent des services où l'on ne s'occupe que de l'orthopédie.

Dans les pays du Nord, l'orthopédie est très en faveur, et vous connaissez tous les bons résultats que l'on a obtenus à l'aide de la gymnastique suédoise.

En Amérique, il y a, à l'Académie de New-York, une section spéciale d'orthopédie et l'*American orthop. Association*, fondée en 1885, va tous les ans dans l'une des principales villes du pays.

En Italie, il existe un enseignement spécial et des hôpitaux spéciaux.

En Allemagne, toutes les Universités enseignent l'orthopédie, et je n'ai qu'à citer les cours de Lorenz, à Vienne, et la polyclinique de Wolf à Berlin.

La consécration de l'orthopédie scientifique a été l'ouverture du Congrès de Berlin, dont la section d'orthopédie doit la plus vive reconnaissance à nos confrères des Etats-Unis.

En France, nous avons le droit de revendiquer la priorité dans l'emploi méthodique de l'orthopédie. En 1822, Dupuytren faisait la première ténotomie sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien et la ténotomie du tendon d'Achille avait été faite par Delpech (de Montpellier) dès 1816. Viennent ensuite Bouvier, Jules Guérin, Vincent Duval, dont les travaux sont connus de tous ; Malgaigne lui-même, qui avait dirigé sa critique acerbe contre les orthopédistes, a fait un cours d'orthopédie qui a été publié par deux de nos maîtres actuels, MM. Guyon et Panas.

L'Assistance publique de Paris, à différentes époques, a encouragé les études orthopédiques. Un arrêté du Conseil général des hospices, en date

du 6 avril 1831, a prescrit l'établissement à l'hôpital des Enfants, à l'hôpital Saint-Antoine et au Bureau central, de consultations gratuites pour le traitement des difformités. Ces consultations étaient placées sous la direction du docteur Duval.

Le 22 mai 1833, le Conseil décida qu'une commission de trois médecins ou chirurgiens serait chargée, à partir du 1er juillet suivant, d'assister aux consultations pour juger de l'opportunité de ce traitement et de ses progrès. Le rapport de cette commission fut sans doute favorable, car un arrêté du 14 novembre 1838 dispose que le docteur Duval continuera le traitement orthopédique au Bureau central, que le docteur J. Guérin sera chargé d'un traitement orthopédique interne à l'hôpital des Enfants, et que le docteur Bouvier sera chargé d'un autre traitement également interne à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Les deux traitements internes de l'hôpital des Enfants et de l'hospice des Enfants-Trouvés ont cessé d'exister à la suite du départ de MM. Guérin et Bouvier, mais le traitement du Bureau central a continué d'être fait dans les mêmes conditions jusqu'au décès de M. Duval (29 avril 1876). Le corps des chirurgiens des hôpitaux fut alors chargé de la direction du service orthopédique dont, depuis le 22 juin 1876, est titulaire M. de Saint-Germain.

Appelé à diriger le service de chirurgie de cet hôpital, j'ai pensé à y remettre l'orthopédie en honneur. Avec l'aide et le concours de l'administration, que je suis heureux de remercier ici, j'ai pu organiser un service de 66 lits, avoir une salle d'opération bien aménagée, un atelier de photographie et des salles de consultations. Il ne me reste plus qu'à obtenir l'édification d'un pavillon dans lequel devront être traités les malades dont l'état exigera des soins spéciaux ou que l'on ne pourrait renvoyer chez eux immédiatement après l'opération.

Je commencerai mes leçons par l'étude des difformités des membres inférieurs et spécialement du pied-bot.

Congrès allemand de médecine interne (1).

De l'angine de poitrine. — M. A. FRANKEL, rapporteur : Il faut distinguer et étudier séparément les angines de poitrine vraies et les angines de poitrine fausses.

L'angine vraie se rattache à l'artério-sclérose. Cette dernière dépend d'une évolution vicieuse de la nutrition. Le tabagisme a surtout un grand rôle étiologique dans la fausse angine; cependant, il peut aussi favoriser l'apparition de la vraie. La syphilis a aussi de l'importance, car on a trouvé des lésions spécifiques, et le traitement iodo-mercuriel a pu guérir certains malades. L'anévrysme de l'aorte s'accompagne parfois d'angine vraie, c'est l'artério-sclérose qui est alors la cause de tous les accidents. Les maladies infectieuses peuvent être suivies de l'apparition du syndrome qui, d'une manière générale, se développe surtout chez les prédisposés par l'hérédité.

Ces sont les formes frustes qui se voient le plus, et il est fréquent d'observer la combinaison avec l'asthme cardiaque. Dans ces formes, les douleurs peuvent s'étendre aux nerfs sciatiques, à ceux de l'abdomen, etc. Les accès pseudo-asthmatiques se mélangent dans beaucoup de cas avec les accès typiques et bien connus de l'angine. Même, dans cette forme, la mort subite est possible. Pendant les accès, il est fréquent de constater la dilatation du cœur, en même temps que les battements prennent les caractères de ceux du fœtus. Toute douleur peut faire défaut alors, la pâleur et la suspension des mouvements respiratoires existant seules; d'autres fois, l'accès prend la forme pseudo-

---

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

gastrique. Toutes les variétés ont été bien étudiées en France. Les accès semblent d'autant plus fréquents que les artères coronaires sont plus rétrécies et le myocarde plus affaibli.

Anatomiquement, l'angine de poitrine vraie a comme lésion le rétrécissement des artères coronaires, quelle qu'en soit la cause. Il s'ensuit la dégénérescence du muscle cardiaque. Cependant, il est certain qu'il y a des cas sans lésions; peut-être alors s'agit-il d'une paralysie bulbaire. Le système nerveux joue certainement aussi un rôle important dans la genèse des attaques. Celles-ci se développent presque toujours à l'occasion d'un effort, d'une émotion, d'un excès, c'est-à-dire à la suite de l'élévation de la tension artérielle.

Quand la maladie se borne à des troubles fonctionnels purement nerveux, on a ce que l'on a appelé une fausse angine de poitrine. Cette fausse angine se développe dans des conditions très diverses; c'est ainsi qu'elle fait partie de la symptomatologie des grandes névroses, telle que l'hystérie; que, d'autres fois, elle dépend de la dyspepsie gastrique, de la névrite du plexus cardiaque, du tabagisme, de l'irritabilité vaso-motrice.

M. Vierordt (de Heidelberg) insiste sur les difficultés du diagnostic, difficultés qui tiennent à ce que les trois symptômes principaux de la maladie, douleur précordiale, irradiation, angine, sont purement subjectifs. Les accès d'asthme cardiaque peuvent coïncider avec l'angine vraie; ils peuvent aussi exister dans les fausses angines qu'il devient alors très difficile de distinguer des premières. Très souvent l'angine nerveuse a des symptômes qui lui sont communs avec les névroses réflexes, palpitations, etc. Enfin une syncope, une localisation anormale de la douleur masquent assez souvent l'accès.

Le diagnostic des différentes formes doit se baser sur un examen complet du malade, sur la recherche de l'étiologie, aussi bien que sur la considération des symptômes. L'angine organique revêt surtout la forme de petits accès survenant après un effort, tandis que, dans la forme nerveuse, il peut y avoir des accès fréquents précédés d'auras, syncopes répétées, etc. Avant 35 ans, on ne peut guère penser à une lésion des artères coronaires.

L'angine organique a un pronostic des plus mauvais, et le malade est toujours sous le coup de la mort subite.

Le traitement des accès de la forme grave doit être basé sur l'emploi des stimulants, tandis que ceux de la forme nerveuse seront avantageusement combattus par les narcotiques qu'on ne devra prescrire que très exceptionnellement et avec une extrême réserve dans le premier cas.

Il ne faut employer les nitrites que d'une façon très réservée dans les angines vraies. Ils sont en effet susceptibles d'amener un abaissement très considérable de la pression sanguine et sont nuisibles pour l'hémoglobine. Ce genre de médicament est au contraire à prescrire dans les formes nerveuses. Les révulsifs placés sur les extrémités sont souvent utiles.

Dans l'intervalle des accès, le traitement auquel a recours M. Huchard donne de très bons résultats. On doit toujours se préoccuper de la possibilité de l'existence de la syphilis.

La cause immédiate de l'accès douloureux est mal connue. Parry et Traube ont attribué la douleur à un affaissement subit du ventricule gauche, mais cette théorie n'est guère admise. Il est probable que la douleur et l'affaiblissement du myocarde ont pour cause directe une altération essentielle dont la nature n'est pas encore connue. Lorsque le cœur est atteint, les troubles du côté de cet organe s'ajoutent à la douleur.

Le pouls pendant les accès est presque toujours irrégulier et inégal, d'après M. Curschmann, ce fait explique pourquoi les narcotiques sont dangereux et montre la nécessité des stimulants. Les attaques d'angine sont souvent très rapprochées et très intenses, lorsque les plus fins ramuscules artériels sont atteints par l'artério-sclérose.

M. von Frey insiste sur ce point que les résultats des expériences de Cohnheim qui montrent que l'anémie du cœur entraîne des désordres dans les mouvements du muscle, ne sont guère applicables à la clinique. En effet, il y a, dans ces expériences, de

tels traumatismes que ces derniers doivent jouer le plus grand rôle dans la genèse des accidents. En réalité, les expériences de Wooldrige et de Tigerstedt l'ont prouvé, le cœur continue à battre pendant longtemps chez les petits mammifères quand la circulation coronaire ne se fait plus et il en est de même lorsque la moelle et le cerveau sont morts dans les grandes hémorrhagies et les asphyxies. Enfin le cœur bat souvent longtemps chez les décapités. L'anémie cardiaque n'a donc pas les effets qu'on lui a attribués.

M. NOTHNAGEL (de Vienne) rattache la douleur dans l'angine de poitrine, à la souffrance des nerfs qui se rendent aux vaisseaux. Il vante l'emploi des nitrites et prescrit la nitroglycérine à des doses variant de 1 jusqu'à 5 milligrammes.

M. VON ZIEMSSEN a aussi constaté à plusieurs reprises l'efficacité de la nitro-glycérine. Elle peut arrêter les accès à condition d'être employée dès leur début.

Pour M. SCHOTT (de Nauheim), l'angine de poitrine est un complexus symptomatique et non une maladie spéciale. L'angine vraie atteint les cœurs préalablement affaiblis car avec des instruments suffisamment précis on trouve toujours des altérations du pouls. La vie peut se prolonger assez longtemps après une première attaque et les malades peuvent même guérir.

Les narcotiques ne peuvent être employés qu'avec la grande prudence, surtout la morphine, qui a du reste plus d'efficacité que les autres médicaments du même genre. La nitro-glycérine est vraiment très utile et on peut l'employer à des doses de 10 à 15 milligrammes par jour. Les pointes de feu, les exercices gymnastiques méthodiques et la balnéothérapie bien surveillée donnent de forts bons résultats.

Traitement de l'hydrocéphalie. — M. QUINCKE a fait des ponctions dans des hydrocéphalies aiguës et chroniques pour parer aux accidents de compression cérébrale. Tantôt il a opéré au niveau de la région lombaire à l'aide d'une aiguille creuse passant à travers les arcs vertébraux; tantôt il a ponctionné en traversant le crâne dans des trous très fins en se servant d'une brèche faite par le trépan. L'opération peut être faite chez l'adulte, et dans un cas on a extrait chez un homme 80 centimètres cubes de liquide en une heure. Chez un enfant de 2 ans, trois opérations, qui ont enlevé 2, 5, 10 centimètres cubes, ont amené la guérison. On peut espérer agir non seulement sur les épanchements séreux, mais sur ceux qui dépendent de la tuberculose méningée.

D'après des observations que rapporte M. EICHHORST, il semble qu'il y a des cas de tabès cervical ou dorsal dans lesquels une névrite périphérique, indépendante d'une altération quelconque de la région de Westphal, entraîne la disparition des réflexes patellaires.

M. EDLEFSEN : Où et comment se produit le *murmure vésiculaire*? Gerhardt l'attribue aux vibrations du tissu pulmonaire distendu par l'inspiration; pour Delrio, il se produit dans les espaces alvéolaires. Peut-être prend-il naissance par un mécanisme analogue à celui des bruits vasculaires, c'est-à-dire qu'il se formerait des tourbillons au moment du passage du courant d'air inspiré des bronchioles dans les vestibules et les conduits alvéolaires. Lorsque l'on fait passer de l'air à travers un tube de roseau à l'aide d'un soufflet et qu'on applique un stéthoscope, on entend un bruit très net. Le murmure doit être renforcé par la résonnance des bronches, sa production simultanée dans un grand nombre d'alvéoles, les vibrations des poussées alvéolaires. Pendant l'expiration, il n'y a pas de bruit, parce que l'air passe d'un espace étroit dans un espace large.

M. WOLFF donne les résultats de la *cure de la tuberculose* à Gorbersdorf. A peu près 9 p. 100 des malades venus de 1861 à 1884 peuvent vivre dans des conditions satisfaisantes : les uns semblent guéris, les autres ont des poussées catarrhales ou même ne souffrent pas de leurs lésions. Il est vrai que l'on n'a eu de renseignements que sur 13 p. 100 des malades.

Dans un cas, une malade, venue se faire traiter avec une infiltration tuberculeuse étendue, survécut quatorze ans et mourut à la suite d'une opération faite pour un myome utérin. Le poumon ne renfermait plus qu'une petite cicatrice du sommet droit; cependant, dans cette cicatrice, il y avait des bacilles parfaitement colorables. Dans les salles de dissection, on rencontre des traces de tuberculose sur un tiers des cadavres.

La régression des lésions, le retour à la santé doivent être regardés comme fréquents; c'est une guérison relative, mais elle est bien suffisante dans la grande majorité des cas.

M. VAN ZIEMSSEN a trouvé aussi, dans de vieilles lésions tuberculeuses cicatrisées, des bacilles parfaitement capables de repulluler.

THÉRAPEUTIQUE

Les fers assimilables.

La polémique récemment engagée dans la presse médicale, à l'occasion des fers assimilables, a eu pour résultat inattendu la publication d'un document qui nous paraît de nature à appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'une lettre de M. le docteur Jaillet, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital français de Tamatave, lettre dans laquelle ce praticien, dont le nom est intimement lié à la découverte des fers assimilables, reconnaît que la seule préparation qui réunisse les conditions nécessaires à une bonne assimilation est le peptonate de fer de M. Maurice Robin. Voici cette lettre.

« Tamatave (Madagascar), le 27 septembre 1890.

« Messieurs,

« Désintéressé depuis longtemps déjà, comme vous le savez, de l'exploitation des peptonates de fer, j'ai bien voulu accepter l'offre que vous m'avez faite d'expérimenter d'une façon impartiale, dans ma clientèle, les échantillons de *Peptonate de fer Robin* que vous m'avez envoyés. Je me fais un devoir et un plaisir de reconnaître que ce produit sous ses différentes formes (vin, gouttes et dragées) m'a donné des résultats remarquables et inattendus, même dans les cas rebelles d'anémie et de cachexie des pays chauds.

« Je suis d'autant plus heureux de vous adresser cette attestation que j'avais suivi autrefois avec intérêt les travaux de M. Robin sur la question de l'assimilation du fer, travaux que je poursuivais presque en même temps que lui, lorsque nous étions collègues d'internat, lui à l'hôpital de la Pitié et moi à l'hôpital Rothschild.

« L'idée originale que poursuivait sans relâche mon ami Robin était de faire du peptonate de fer un fer assimilable qui puisse s'employer à l'état pur sous forme de gouttes concentrées, tout comme le peroxyde de fer dialysé. Cette idée était grosse de difficultés, et je félicite M. Robin d'avoir réussi au-delà de toute espérance. Cette préparation a vraiment une activité curative puissante bien supérieure à celle des autres préparations similaires.

« Je vous remercie donc, messieurs, de l'envoi que vous m'avez fait et de m'avoir permis de guérir beaucoup de mes malades.

« Je serais heureux que vous communiquiez à M. Robin, en souvenir de nos excellentes relations lorsque nous étions internes des hôpitaux de Paris, l'opinion que je me suis faite des gouttes concentrées de Peptonate de fer Robin.

« Puisse-t-il surtout, à l'exception des autres inventeurs, profiter de sa découverte, car ce Peptonate de fer mérite l'approbation et la considération du monde médical.

« Je lui donne pour cela toute autorisation de faire connaître mon opinion à mes confrères et lui renouvelle tous mes éloges.

« Soyez assurés, messieurs, que je continuerai à prescrire ce produit à ma clientèle de Madagascar, où déjà il m'a permis d'enregistrer d'immenses succès.

« Veuillez agréer, etc.

« Dr JAILLET,

« *Ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.* »

Voilà ce qui est clair et précis. Si l'on ajoute que les observations de M. Jaillet s'ap-

puient, non seulement sur les expériences physiologiques qui ont été le point de départ de la découverte, mais aussi sur la pratique que donne un service hospitalier important, il n'y a plus d'hésitation possible entre les diverses préparations qui sont présentées au public médical. C'est au peptonate de fer Robin que le praticien doit donner la préférence.

M. Jaillet, qui a été longtemps le compétiteur de M. Robin dans la recherche du meilleur fer assimilable et qui a autrefois préconisé une préparation similaire, reconnaît lui-même aujourd'hui que le peptonate de fer Robin est la seule préparation qu'il convienne d'employer en thérapeutique. Son témoignage est des plus concluants, aussi la question nous semble entièrement résolue.

L'affirmation nouvelle de M. le docteur Jaillet vient d'ailleurs à l'appui de l'opinion déjà plusieurs fois émise, à savoir : le peptonate de fer Robin, qu'il soit pris sous forme de vin, de dragées ou de gouttes concentrées, constitue la préparation ferrugineuse qu'on peut opposer, avec succès, à l'anémie et à la chlorose, et surtout à cette variété si fréquente désignée par le professeur Hayem sous le nom de chlorose dyspeptique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Pozzi et Paul Regnard, qui se portent candidats dans la section d'anatomie et de physiologie ;

2° Une lettre de M. Bleicher (de Nancy), qui se porte candidat au titre de correspondant national ;

3° Une note intitulée : « Le diabète sucré pancréatique », par M. le docteur Baumel ;

4° Un pli cacheté adressé par MM. Bertin, Picq et Chenot (de Nantes) et ayant pour objet plusieurs séries d'expériences sur la curabilité de la morve et de la tuberculose au moyen d'injections de divers liquides organiques appartenant à des animaux réfractaires à ces maladies.

M. Le Roy de Méricourt réclame le rétablissement des tours. Ces derniers doivent exister en même temps que les bureaux ouverts, car les deux modes de réception des enfants se complètent l'un par l'autre. Ce n'est pas seulement dans les grandes villes qu'il y a des enfants abandonnés et on doit s'occuper aussi de ceux de la campagne. L'orateur est partisan des mesures propres à assurer le secret des accouchements.

M. Dujardin-Beaumetz propose d'émettre un vœu pour que la loi sur les enfants assistés soit soumise aux Chambres le plus tôt possible. Actuellement, les choses se passent de façons très différentes dans les divers départements.

M. Guéniot maintient qu'à l'heure présente une femme ne peut accoucher secrètement. L'Académie devrait demander que l'on puisse assurer le secret. De plus, il lui semble que l'administration devrait chercher dans beaucoup de cas à obtenir l'abandon de l'enfant, tandis qu'actuellement elle tâche d'obtenir que les mères les gardent et leur donne un secours de 20 ou 30 francs notoirement insuffisant. L'enfant est alors élevé dans les plus mauvaises conditions.

La mortalité des enfants abandonnés est de 17 p. 100 et celle des enfants assistés de 24 p. 100.

On dépensera plus, c'est vrai, mais il faut payer les enfants que l'on veut avoir. Ce sera à peu près une somme de 3 à 4 millions par an qui servirait pour 15 à 20,000 enfants.

Cette manière d'agir serait excellente et ne ressemblerait en rien au socialisme.

M. Le Fort propose de voter : « que les filles et les femmes désirant cacher leur maternité puissent être hospitalisées dans des conditions telles que le secret le plus absolu soit gardé sur leur présence et leur accouchement ; que les tours soient rétablis, confor-

mément au décret du 19 janvier 1811; que des secours pécuniaires soient accordés aux mères ne pouvant, faute de ressources, élever leur enfant. »

M. Rochard défend la conclusion de la commission.

M. Roussel pense que le bureau peut parfaitement être secret. Il préconise les secours temporaires.

M. Guéniot trouve le système déplorable. Le bureau secret ne l'est jamais. C'est aussi l'avis de M. Le Fort qui pense que les femmes auront bien plus confiance dans les tours.

— M. Berger présente un malade qu'il a guéri d'une *extrophie de la vessie avec épispadias* à l'âge de 60 ans. Il y avait en même temps deux hernies inguinales. L'autoplastie n'ayant pas réussi, il fit un lambeau vésical qu'il rabattit sur l'orifice des uretères et sur la gouttière uréthrale de la verge dont les bords étaient avivés. Un grand lambeau emprunté au scrotum fut appliqué sur la surface cruenté du lambeau vésical. Après deux petites opérations complémentaires, le malade guérit parfaitement.

M. Polaillon lit un rapport sur un antiseptique nouveau, la *microcidine*, étudié par M. Berlioz (de Grenoble). C'est une poudre formée de naphtolate de soude et de composés naphtoliques et phénoliques. On l'obtient en ajoutant la moitié de son poids de soude à du naphtol β en poudre. La substance est soluble dans trois fois son poids d'eau.

Le pouvoir antiseptique dépasse beaucoup celui de l'acide phénique, mais est inférieur à celui du sublimé et du naphtol. La toxicité est beaucoup moindre que celle de ces substances, et le prix est minime. L'élimination se fait par les urines.

Cliniquement, la solution à 5 p. 1,000 en pansements sur les plaies injectées, les ulcères, donne de bons résultats. C'est un utile antiseptique pour les plaies récentes, et on peut alors se servir d'une solution à 3 p. 1,000 qui est presque incolore. La microcidine a un certain pouvoir antipyrétique.

— M. L. Danion lit un travail intitulé : *De l'origine curative du mode galvanique appliqué au traitement des fibro-myomes utérins.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *La rage confirmée peut-elle s'atténuer et guérir? — Traitement local des tuberculoses locales. — Le bleu de méthylène comme analgésique.*

M. Laveran a cité l'observation d'un soldat qui, mordu par un chien suspect de rage et inoculé à l'Institut Pasteur, a présenté pendant le traitement les symptômes d'une rage atténuée (tristesse, insomnie, douleurs partant de la cicatrice de la morsure, hyperesthésie de la peau autour de celle-ci, affaiblissement des membres inférieurs, dysphagie sans hydrophobie). Ces symptômes durèrent une semaine, puis disparurent complètement.

M. Laveran ne pense pas qu'il s'agisse là d'un cas de pseudo-rage par auto-suggestion; le mordu n'était pas nerveux, ne savait pas lire et, par conséquent, n'avait guère pu se renseigner sur les vrais symptômes de la rage; il n'a justement pas présenté celui qui est le plus connu du public, l'hydrophobie.

M. Laveran n'admet pas non plus que cet homme ait présenté une rage atténuée provoquée par les inoculations préventives; les malades inoculés en même temps que le soldat recevaient le même virus atténué et aux mêmes doses; ils n'ont pas présenté de symptômes morbides. D'ailleurs, les douleurs et l'hyperesthésie existaient autour de la cicatrice de la morsure au genou et non sur les régions latérales du tronc où avaient été pratiquées les inoculations.

M. Laveran conclut que la rage a bien été la conséquence de la morsure du chien, mais qu'elle a été atténuée grâce aux inoculations.

M. Chantemesse cite un certain nombre de faits observés à l'Institut Pasteur et qui prouvent qu'il y a des rages frustes qui guérissent; il y avait aussi, avant que M. Pasteur n'eût adopté la méthode intensive, des rages seulement retardées par les inoculations; le virus restait endormi dans les nerfs pendant des mois et des années, et pouvait faire éclater ultérieurement la rage à l'occasion d'une de ces causes occasionnelles qui jouent un si grand rôle dans la provocation des maladies infectieuses, le traumatisme et le coup de froid. La persistance ou la réapparition de douleurs, fourmillements, hyperesthésie ou anesthésie autour de la cicatrice de la morsure doivent toujours faire craindre l'explosion des accidents rabiques; on les a presque toujours constatés dix à quinze jours avant la mort chez les mordus qui ont succombé à la rage, malgré le traitement. Ce sont les indices d'une névrite périphérique rabique, causée par la culture du virus dans les nerfs de la partie mordue. Quand on les constate chez des individus déjà traités, il faut recommencer une seconde vaccination par la méthode intensive, et l'on voit les symptômes disparaître après une période de lutte très inquiétante, où l'on se demande chaque jour si le malade ne va pas être envahi par la rage.

On peut bien admettre les cas de rage fruste chez l'homme, puisqu'ils s'observent chez l'animal. Dans les cas de vaccination tentée sur des chiens avec des virus très virulents, injectés coup sur coup, on assiste parfois à une modification telle de l'état de l'animal, qu'il semble que la rage va éclater, et puis tous les accidents disparaissent pour laisser la place à une immunité solide.

M. Hogyes (de Bucarest) a publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* plusieurs cas de rage fruste observés chez le chien et suivis de guérison. Les animaux ont présenté, tantôt des accès de rage furieuse, et tantôt des phénomènes de rage paralytique qui ont duré un ou plusieurs jours. Sur 159 animaux inoculés de diverses façons, il y a eu 13 guérisons, malgré l'apparition de phénomènes qui appartenaient à la rage d'une manière absolue.

M. Babinski ne veut pas contester l'existence des névrites rabiques tardives; il désire simplement faire remarquer que, chez des sujets mordus par des chiens enragés, on peut voir se développer des troubles nerveux analogues à ceux qui viennent d'être signalés et qui sont sous la dépendance, non de l'hydrophobie, mais de l'hystérie ou du nervosisme. M. Charcot a signalé des cas de ce genre.

L'existence de la névrite ne doit être admise que s'il est démontré que les accidents nerveux en question ne sont pas tributaires de l'hystérie.

M. Raymond cite un cas démontrant que, chez les sujets très nerveux, il est un certain nombre de symptômes nerveux qui peuvent simuler la rage.

« Un vétérinaire de province, très nerveux et même un peu alcoolique, fut mordu au doigt par un chien dont il examinait la gorge, dans laquelle, prétendait-on, un os s'était engagé. Or, ce chien était atteint de rage et fut abattu après quelques jours de mise en observation. On prit, naturellement, toutes les précautions imaginables pour cacher au vétérinaire mordu la maladie de l'animal, mais, malgré nos affirmations, des doutes travaillaient sa pensée, et il eut bientôt des crises d'hydrophobie. Pour le rassurer, on eut l'idée de substituer au chien qui avait été abattu un autre chien lui ressemblant énormément, d'autant qu'il était de la même portée. On mit donc cet animal sain chez le vétérinaire, pour qu'il put l'observer tout à son aise et croire ainsi tout ce que nous lui avions affirmé. Le stratagème réussit et les crises disparurent. »

M. Dumontpallier demande à M. Chantemesse si, contrairement aux idées courantes, la salive humaine inoculée *peut* donner la rage, et si, par conséquent, la rage est transmissible de l'homme à l'homme?

M. Chantemesse le croit parfaitement.

— M. Sevestre présente un jeune garçon (8 à 10 ans), qui offrait, au commencement de l'an dernier, un grand nombre de lésions tuberculeuses cutanées, de l'adénite axillaire bi-latérale et de l'adénite inguinale d'un seul côté, les poumons ne paraissant pas atteints.

Les injections de naphtol camphré restèrent sans résultat appréciable. Au contraire,

les cautérisations au galvano-cautère donnèrent une amélioration considérable. Le petit malade fut envoyé à Salins. L'état général s'en trouva bien, mais l'état local resta ce qu'il était avant. On reprit les cautérisations et elles achevèrent la guérison.

Le traitement local est le vrai traitement des tuberculoses locales, et leur traitement général ne vient qu'en arrière-plan.

— M. Galliard fait une communication dont voici les conclusions :

Le bleu de méthylène n'est pas un médicament inoffensif.

A faible dose (0,10 à 0,20 centigr. par la voie gastrique), il peut déterminer des malaises, des nausées, certaines sensations pénibles et provoquer même une albuminurie transitoire.

A dose forte (0,40 à 0,60 centigr.) chez les sujets non accoutumés, il peut faire naître des vomissements, de la diarrhée, du ténesme vésical, de l'albuminurie.

Chez les névropathes, il détermine une perturbation qui peut avoir pour conséquence la disparition ou le déplacement des douleurs.

Il procure parfois aux malades, dans des circonstances variables, et sans qu'on puisse préciser les indications thérapeutiques, l'acalmie, la sédation des douleurs.

Il ne peut soutenir en aucune façon la comparaison avec l'analgésine.

FORMULAIRE

Traitement de la tourniole.

Inciser la phlyctène, pour donner issue au liquide séro-purulent sous-jacent, puis exciser l'épiderme décollé. Si la tourniole a envahi la matrice unguéale, déchirer la sertissure épidermique au niveau de la lunule, faire la toilette de toute la région péri-unguéale envahie, pour mettre à nu le derme enflammé, et éviter la rétention du pus dans les petits clapiers sous-épidermiques ou rétro-unguéaux. Cela fait, on place la main malade dans un bain tiède, préparé avec une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1,000, pendant une demi-heure. On la retire, on l'essuie avec des tampons de coton salicylé; puis on applique sur l'extrémité du doigt malade, une pommade composée de vaseline, 30 grammes; acide borique, 4 grammes; et par-dessus un véritable étui de coton salicylé, maintenu à l'aide d'un bandage convenable. — En cas d'ulcération du derme péri-unguéal, on touche les bourgeons avec un crayon de nitrate d'argent. — Ne jamais laisser découvert un doigt atteint de tourniole, la contagion pouvant se produire du doigt malade à un doigt sain sur une même main, ou sur la main d'une personne étrangère. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 16 avril 1891, des médailles d'honneur ont été accordées aux médecins militaires et infirmiers ci-après désignés, en récompense du dévouement exceptionnel dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur les troupes de la brigade d'occupation de Tunisie, pendant le deuxième semestre de 1890 :

Médailles d'argent. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Schoull et Bernardy.

Médailles de bronze. — M. Achard, caporal de visite; MM. Laurence et Grange, soldats infirmiers.

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833 par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche 19 avril, sa cinquante-huitième assemblée générale sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 95,854 francs dont 17,732 fournis par les cotisations, 44,485 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante-quatre veuves ou familles de sociétaires, enfin trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1,200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 francs. Une somme de 49,166 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

Nouveaux legs annoncés :

Mme Hédouin, 40,000 francs; Mme Huguier, 5,000 francs; M. Lucien Boyer, 1,900 francs.

— MM. Lancereaux, Brouardel, Rochard, Léon Colin, Nocard, Schutzenberger, Bezançon, Léon Faucher, Jungfleisch et Voisin, membres du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, viennent d'être désignés par ce Conseil pour le représenter au Congrès international d'hygiène et de démographie qui doit se tenir à Londres du 10 au 17 août prochain.

Bureau municipal d'hygiène de Lyon. — A la suite du concours pour une place de sous-directeur du Bureau municipal d'hygiène, M. E. Borry, qui en remplissait déjà les fonctions en qualité de suppléant, a été nommé titulaire. Le jury était composé de M. Gailleton, président; Rollet, Rabot, Monoyer, Augagneur, Bard et Lannois.

Entre autres questions traitées, nous mentionnons : épidémiologie de la diphthérie, crémation, et, parmi les questions restées dans l'urne : éclairage des écoles, ventilation, affections contagieuses des yeux chez les enfants, de l'approvisionnement des villes en eau potable, myopie scolaire, des oreillons, contagion de la rougeole, épidémiologie de l'influenza. (*Lyon méd.*)

Concours pour le prix Parkin. — Feu le docteur John Parkin (fellow du Collège royal des médecins d'Edimbourg), a fondé un prix de 100 livres sterling (2,500 francs) pour l'auteur du meilleur mémoire « On the curative Effects of carbonic acid of gas or other forms of Carbon in Cholera, the different forms of fever and other diseases. » Les mémoires écrits en anglais seront adressés à M. G.-A. Gibson, secrétaire du Collège royal des médecins d'Edimbourg, avant le 31 décembre 1892. Les auteurs devront mettre simplement une devise sur leur mémoire. Ils devront y joindre une enveloppe cachetée renfermant leur nom, sur laquelle ils auront reproduit la devise de leur mémoire. Le concours est international. Le lauréat devra publier son mémoire à ses frais et en offrir un exemplaire au Collège des médecins dans les trois mois qui suivront la décision du jury.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Michel, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans. Décoré de la médaille militaire pour sa belle conduite pendant la guerre de France, il avait été nommé, il y a quelques années, chevalier de la Légion d'honneur.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Les inhalations de vapeurs créosotées sous pression.

Lorsque M. le professeur G. Sée fit, il y a une quinzaine de jours, son intéressante communication à l'Académie de médecine, sur le traitement des affections des voies respiratoires par les inhalations de créosote et d'essence d'eucalyptus sous pression, j'ai dit, sans y insister, que sa méthode n'était qu'une modification de celle que MM. Tapret, Legroux et d'autres, probablement, employaient à ma connaissance depuis plusieurs années.

J'ai dû me contenter d'écrire cette simple phrase, n'ayant pas alors le temps de faire les recherches nécessaires pour en dire davantage. Je voulais simplement, pressé par les exigences du journal qui m'obligent à écrire cet article assez vite, prendre date, me réservant d'y revenir.

Ce n'est pas, en effet, la première fois qu'on parlait des inhalations de vapeurs créosotées sous pression. Tous les médecins et élèves de l'hôpital Saint-Antoine savent que, depuis près d'un an, fonctionne dans cet hôpital un appareil destiné à traiter les phthisiques par cette méthode. Cet appareil se compose d'une immense chambre en fer, ayant environ 2 mètres 50 de longueur et de hauteur et 2 mètres de large, qui servait autrefois dans le laboratoire de Paul Bert aux expériences d'anesthésie par les mélanges titrés d'air et de protoxyde d'azote sous pression; d'une petite machine à gaz actionnant une pompe foulante et d'un récipient contenant des copeaux de hêtre arrosés d'une solution alcoolique de créosote. Chaque coup du piston de la pompe chasse 15 litres d'air, qui traversent le récipient, s'y chargent de vapeur créosotée et vont se rendre par un tuyau dans la chambre en fer. Dès qu'un manomètre indique que la pression intérieure de cette chambre atteint un quart d'atmosphère (soit une atmosphère un quart), on ouvre un robinet qui laisse échapper l'air intérieur; on le referme dès que la pression baisse, de sorte que les malades renfermés dans la chambre aspirent un air chargé de vapeurs créosotées à la pression d'une atmosphère un quart *au maximum*. Je souligne ces mots parce que la dose de pression a une grande importance dans l'espèce.

Je ne veux pas entrer ici dans de grands détails sur cette méthode, ne voulant pas déflorer la question, que M. Tapret se propose d'exposer lui-même en temps et lieu. Je veux seulement dire quelques mots sur son historique.

Vers la fin de 1887, M. Tapret commença le traitement de la phthisie par les inhalations de créosote. Il se contentait alors de pulvériser dans la chambre du malade une solution de créosote à 1 p. 100. A cette époque, il installa à ses frais, dans une des salles de l'hôpital Saint-Antoine, deux grands pulvérisateurs à vapeur qui fonctionnèrent jusqu'en 1890. Les résultats furent assez satisfaisants pour qu'il songeât à mettre sa méthode en pratique d'une manière plus commode. On peut, du reste, se rendre compte de ces premiers essais et de leurs résultats en lisant la thèse très bien faite de son élève M. Lesguillon, soutenue le 24 juillet 1888 sous la présidence de M. le professeur Bouchard. Cette thèse a été présentée quelques jours après au Congrès de la tuberculose par M. Legroux, qui, à l'exemple de M. Tapret, avait traité plusieurs de ses malades de la même manière. (Lesguillon, *De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire*, th. de doct., Paris, 1888, 151 pages in-4°.)

Pour diverses raisons que je laisse à M. Tapret le soin d'exposer, il voulut soumettre ses malades à des inhalations sous pression, et, le 22 mai 1890, l'ancienne chambre à anesthésie de Paul Bert était transportée à l'hôpital Saint-Antoine où, après deux essais, elle ne tarda pas à fonctionner régulièrement. Les malades, j'en puis parler *de visu*, se trouvent très bien de ce traitement; ils séjournent quatre heures par jour dans la cloche, y jouent, mangent, et leur état s'améliore assez vite pour que leurs camarades désirent suivre leur exemple. L'addition de l'eucalyptus à la créosote donnera-t-elle de meilleurs résultats? C'est à l'avenir de répondre.

L'idée des inhalations de créosote et d'eucalyptus sous pression n'est d'ailleurs pas nouvelle. J'ai souvenir d'une conversation qui eut lieu il y a cinq ans, au début de l'*œuvre de la tuberculose*, entre mon cher maître, M. Verneuil, et mon ancien camarade d'études, le docteur Péronne (de Sedan). M. Péronne, devenu un médecin très distingué, après avoir été un des plus sérieux d'entre nous, fit à M. Verneuil la proposition de soumettre les phthisiques aux inhalations dans une atmosphère à pression élevée et chargée de vapeurs de créosote et d'eucalyptus. Ne pouvant faire sur place la moindre expérience, n'ayant sous la main aucun appareil, M. Péronne pria M. Verneuil de vouloir bien faire faire quelques recherches à ce sujet.

M. Verneuil, que j'ai interrogé ces jours-ci, m'a dit n'avoir parlé à personne de cette idée, de sorte qu'il est bien possible qu'elle soit née successivement dans l'esprit de M. Péronne, de M. Tapret et de M. Germain Sée. Quant à sa réalisation, c'est bien à M. Tapret qu'elle me paraît devoir appartenir; mais, s'il y a quelque doute à cet égard, c'est bien sa faute, car il aurait pu prendre date au mois de juin dernier, lorsqu'il me fit part des premiers résultats de ses expériences à Saint-Antoine.

De l'injection des extraits liquides des divers organes comme méthode thérapeutique.

Les expériences de M. Brown-Séquard sur l'action du suc testiculaire, qui avaient causé un certain étonnement à leur début, ont servi de base à une véritable méthode scientifique qui prend actuellement une grande extension dans nos laboratoires parisiens. Le principe est celui-ci : les glandes de l'organisme sécrètent un produit actif qui joue un rôle dans la

nutrition, chaque glande ayant son principe particulier; si on pratique l'ablation d'une glande chez un animal, on détermine une affection qui peut guérir par l'injection des produits de cette glande obtenus par trituration (comme le suc testiculaire).

De même certaines affections humaines, présentant les mêmes symptômes que les affections créées expérimentalement chez les animaux par l'ablation de certaines glandes, pourraient guérir par l'injection du suc de ces glandes.

Par exemple, M. Gley a fait, chez des animaux auxquels on avait pratiqué la thyroïdectomie, des injections de suc de la glande thyroïde, et il a pu supprimer chez eux les accidents de la cachexie pachydermique. La suppression des accidents était transitoire, il est vrai, et il fallait, pour les faire cesser de nouveau, avoir recours à de nouvelles injections. Ces résultats n'en ont pas moins une réelle valeur au point de vue de l'action physiologique des sucs extraits de certains tissus.

Un médecin italien, Vassale, avait déjà fait la même constatation.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont repris la question dans son ensemble et émis à ce sujet, à la Société de biologie, des hypothèses fort séduisantes. Ils ne donnent pas encore la nomenclature des affections qui pourraient et devraient être traitées par des injections sous-cutanées des divers liquides que l'organisme peut fournir; mais plusieurs médecins de Paris vont employer contre une des plus graves affections, la leucocythémie, les injections d'un mélange de lymphe et de suc extrait des ganglions lymphatiques et de la rate.

Les mêmes expérimentateurs ont aussi injecté des extraits de muscles pour étudier la variation de la force musculaire après ces injections et leurs résultats semblent positifs. Ils ont également injecté des extraits de pancréas chez des animaux dont cet organe avait été détruit. Guériront-ils le diabète ainsi produit? C'est là une question encore à l'étude. Ils proposent en outre d'employer dans la transfusion le sang des veines testiculaires d'animaux, ce sang contenant le principe actif du testicule; mais dans les cas, excessivement nombreux, où les injections devraient être répétées tous les jours pendant longtemps, on comprend aisément que la transfusion ne pourrait pas être employée.

En résumé, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval admettent que chaque tissu et, plus généralement, chaque cellule de l'organisme sécrète pour son propre compte des produits ou des ferments spéciaux qui sont versés dans le sang et qui viennent influencer par cet intermédiaire toutes les autres cellules, rendues ainsi solidaires les unes des autres par un mécanisme autre que le système nerveux.

Le procédé employé pour épuiser un tissu ou un organe quelconque des liquides et des ferments qu'il contient consiste à le faire macérer dans la glycérine concentrée (deux ou trois fois le poids du tissu). La glycérine déshydrate le tissu presque complètement par endosmose, et les extraits ainsi préparés conservent pendant des années leurs propriétés spécifiques. M. d'Arsonval possède des extraits de pancréas, de muscles et de levure de bière qu'il avait préparés en 1877 pour Claude Bernard, et qui sont encore actifs aujourd'hui. Ces préparations à la glycérine doivent être étendues de deux à trois fois leur volume d'eau stérilisée, quand on veut les employer en injections sous-cutanées. L'injection est à peine plus douloureuse qu'avec

l'eau, et on n'a à craindre aucune altération du liquide et aucun accident résultant de la piqûre.

Ajoutons qu'il est actuellement sorti du laboratoire du Collège de France près de 400 flacons de liquide testiculaire, et que ce liquide a servi à faire plus de 12,000 injections, sans qu'aucun accident ait été signalé.

Traitement radical du cancer.

Tandis que la guérison de la tuberculose est le sujet favori des savants de Berlin, dit le *Bulletin médical,* en Autriche c'est le cancer qui est à l'ordre du jour. Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de la méthode de M. Mosetig, qui consiste à injecter des matières colorantes (pyoctanine) dans les tumeurs, et des résultats obtenus, bons en Autriche, et nuls en France, jusqu'à ce jour du moins. Voici maintenant M. Adamkiewicz (de Cracovie) qui s'attaque à son tour au cancer.

Dans une série de communications faites sur ce sujet à l'Académie des sciences de Vienne, il a étudié d'abord la toxicité des tumeurs malignes, le mode d'action de leurs poisons, et leur plus grande nocivité quand ils pénètrent dans les vaisseaux sanguins que lorsqu'ils sont absorbés par les voies lymphatiques. Puis il a posé les principes d'un traitement rationnel des tumeurs malignes. Cette dernière communication « promet la guérison du cancer et on cite des exemples assez probants. Ce traitement, autant qu'on en peut juger par ce qui en a été dit, n'est pas sans quelque analogie avec celui que Koch a appliqué à la tuberculose. Espérons que les résultats répondront mieux aux promesses. Il faut cependant regretter que, suivant aussi l'exemple de Koch, M. Adamkiewicz ait tenu secrète sa méthode et se soit contenté de faire naître des espérances. »

M. Adamkiewicz considère le cancer comme une tumeur infectieuse se répandant dans l'organisme et faisant succomber le malade par les métastases. Une thérapeutique rationnelle du cancer a donc deux indications à remplir : 1° faire disparaître la tumeur mère pour éviter toute nouvelle infection; 2° faire disparaître l'infection déjà produite et purifier en quelque sorte l'organisme par un traitement général. L'ablation par le couteau du chirurgien répond à la première indication; quant à la seconde, elle s'effectue au moyen d'une médication dont l'auteur garde le secret.

Pour le moment, il indique les résultats obtenus : les métastases deviennent moins dures, plus petites et se dissolvent; les cancers deviennent rouges, tuméfiés, et le malade y ressent des douleurs plus ou moins vives, lancinantes ou déchirantes. Ils présentent de petites taches de nécrose ou bien on les voit rejeter une masse gris blanc d'odeur infecte, et tout disparaît; la médication n'a d'influence ni sur l'état général ni sur les organes sains; jamais de fièvre. Ces résultats sont basés sur l'histoire clinique de trois malades. — L.-H. P.

De la conformation du thorax comme signe des lésions du cœur.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 mars 1891,

Par P. Duroziez.

Les antiques fournissent les modèles de la conformation normale du thorax. Les lignes sont régulières, doucement courbées; nulle brusquerie,

nulle tumeur; pas d'angles, rien qui choque; du développement, de l'ampleur; pas de dilatation, pas de distension, pas de voussure, pas de saillie, pas d'étroitesse. Le médecin, sans exiger la même perfection que le sculpteur, a le devoir d'être difficile. Toute irrégularité, toute inégalité au dehors est signe de lésion au dedans. L'irrégularité n'est jamais normale, qu'il s'agisse de saillie des apophyses, de tuméfaction des côtes et des cartilages, de déformation sternale.

A l'enveloppe, on juge le contenu; au sternum, on juge le cœur.

Le cœur a son squelette en dehors de lui : le sternum, les cartilages, les côtes, les vertèbres, les clavicules et les omoplates. Il fallait protéger le cœur et les artères sans les gêner. Le problème était difficile; il a été bien résolu. Il nous reste à comprendre les intentions.

En avant du cœur et des artères, il y a le sternum et les cartilages, et non pas les côtes, elles sont trop dures et prêtent mal. Le sternum froisserait le cœur et les artères; on a insinué entre eux le poumon droitqui s'avance utilement derrière le sternum. Ceux qui n'admettent pas que le poumon droit passe derrière le sternum ne comprennent pas la susceptibilité du cœur et même du sternum qui se froissent quand ils se touchent.

On dit avec une coupable indifférence, côte ou cartilage, que la pointe bat derrière la quatrième ou la cinquième côtes, elle ne bat pas même derrière un cartilage; elle s'arrange pour battre dans un espace intercartilagineux. Quand elle bat derrière une côte, elle la rend douloureuse jusqu'à l'affolement. Tous ces détails sont importants.

Les cartilages et les côtes varient suivant le service à rendre. Les cartilages couvrent l'artère pulmonaire et l'aorte, puis s'allongent pour fournir au cœur un abri souple.

La première côte est plate, large; c'est le toit de la cage. Notons deux dépressions pour la veine sous-clavière et pour l'artère. La veine déprime l'os, y creuse son lit; cela explique beaucoup de déformations.

La deuxième côte et le deuxième cartilage sont larges aussi. Ils ne sont pas mobiles.

Les troisième et quatrième cartilages sont les cartilages du cœur.

Le cœur n'est en contact qu'avec des cartilages.

Les poumons, dont le volume varie lentement, ont les côtes qui s'élèvent et s'abaissent. L'estomac a les fausses côtes qui se prêtent à une dilatation rapide.

L'artère pulmonaire bat dans le deuxième espace entre des cartilages et derrière le poumon gauche.

L'aorte violente, gênante pour les voisins, était difficile à bien placer; éloignée du sternum par l'artère pulmonaire, elle vient affronter les cartilages protégés par le poumon droit, elle émet avant de se courber le large tronc innominé qui amortit les coups; mais le bélier vient battre la colonne vertébrale, y imprime son passage et détermine la courbure aortique, et la scoliose si le tissu osseux, si la constitution s'y prêtent. Les ravages de l'anévrysme aortique autorisent la scoliose aortique.

Nous recevons mal la scoliose normale. La déformation même minime n'est pas normale.

Que les clavicules soient égales, peu épaisses, non saillantes; qu'elles apportent au thorax un relief plaisant. La saillie de la clavicule indique la dépression du thorax.

Les omoplates par leur écartement de la poitrine trahissent la faiblesse des muscles et découvrent le cœur en arrière.

Le thorax est large en haut, atténué en bas, légèrement bombé en avant et en arrière.

L'épine dorsale est droite, sans saillie d'apophyse; toute déviation est anormale.

Nous retenons ceci : la courbure aortique a été dite normale et il s'agit de l'enfoncement d'une ou de plusieurs vertèbres. Nous sommes autorisé à admettre beaucoup de déviations du sternum, des cartilages et des côtes lorsque le cœur hypertrophié, déformé, les bat en voie de formation.

Le thorax reproduit à la surface les déformations internes qui parfois sont modestes.

La voussure n'existe alors qu'à gauche au niveau du cœur. A l'état presque normal, le côté droit devrait l'emporter. Les auteurs n'ont pas pensé à la présence du cœur qui tend toujours à voussurer la poitrine à gauche. « C'est un simple défaut de symétrie », dit Woillez résigné. Velpeau ne remarque pas que toutes les observations de tumeur imaginaire du sein qu'il relate indiquent le côté gauche. Le cœur est la cause de la fausse lésion comme il produit à la pointe les douleurs insupportables, la terreur de beaucoup d'individus. Plusieurs femmes ont fini par obtenir l'opération. Les tumeurs ne sont pas toujours imaginées. Nous avons constaté des exostoses que les femmes n'avaient pas remarquées. Les côtes, les cartilages se tuméfient et sont douloureux à force d'être battus par le cœur. C'est là un des dangers des palpitations fortes et répétées. Le sein gauche gonfle plus que le droit; il est souvent plus gros.

La déformation n'est pas toujours aussi limitée et s'étend irrégulière à toute la région du cœur, indiquant chaque cavité. L'inspection diagnostique les lésions du cœur jeune plutôt qu'adulte, adulte plutôt que vieux. Plus le thorax est jeune, plus il est malléable et mieux il rend. A la déformation, on reconnaît la jeunesse, la congénialité de la lésion du cœur. Le thorax mal fait dénonce le cœur mal fait, soit que le cœur ait été touché d'abord, soit que tous deux aient été atteints ensemble par le rachitisme, qui n'est pas la seule maladie des os, mais un vice de la nutrition générale.

Les malformations du cœur, comme celles des autres organes, sont de tous les degrés. La malformation n'impose pas les communications anormales, les rétrécissements, non plus que la carène du sternum ou la bosse de polichinelle. Virchow a montré, dans la chlorose, l'étroitesse de l'aorte, c'est une malformation.

Que de souffles embarrassants sont dus à la malformation du cœur. On trouve là l'explication de beaucoup de souffles chlorotiques; ce ne sont pas des malformations grossières, complètes, des communications interventriculaires; ce sont des défauts de proportion entre les orifices, entre les cavités qui échappent à l'examen superficiel. Les cœurs mal faits, atrophiés, les artères étroites ne sont pas rares. Que d'artères droites sont moins développées que les gauches, ou réciproquement! Un cœur étalon, comme poids et mesure, n'est pas commun. Les divergences, dans ces pesées et mesures, sont grandes. Les peseurs et les métreurs de cœurs réclament notre indulgence. Dans l'état physiologique, il reste une part à la pathologie.

Le rapport entre les diamètres de l'aorte et de l'artère pulmonaire des deux ventricules n'est pas toujours parfait; de là le dédoublement du

deuxième claquement, qui ne dit pas rétrécissement mitral; on le rencontre dans les malformations atténuées du cœur.

Le chiffre de la débilité congéniale, du rachitisme congénial, dans les statistiques, est désolant; nous ajoutons les fausses couches. Jusqu'où s'étend le domaine du rachitisme? La chorée n'en dépend-elle pas? Et parfois le rhumatisme articulaire aigu? Le rachitisme est une lésion vasculaire, c'est l'épistaxis rhumatismale des os, c'est la goutte des jeunes. Le rachitisme ne consiste pas dans des nouures. L'enfant est noué dans tout son être, mal venu, malingre, atrophié; il est rachitique.

Il ne faut pas exiger des lésions intenses. Des lésions modérées empêchent un enfant de courir et troublent le rhythme du cœur. Un cœur mal proportionné s'essouffle; on ne tient pas assez compte de l'écart entre les orifices et entre les cavités. Toute cavité qui ne fait pas son service gêne les autres. Tout orifice un peu rétréci surmène la cavité placée derrière lui; nous sentons la moindre montée, de là les palpitations. La course indique la forte organisation du cœur. Les cœurs mal équilibrés courent mal. Les bons coureurs sont rares.

Le cœur et le thorax ont la vie commune; ce qui altère l'un, altère l'autre. Ils ne se désintéressent pas l'un de l'autre. Le thorax, quand il n'est pas déformé par le rachitisme, est déformé par les lésions du cœur. Comme le rachis, sa colonne de soutien, il a de la peine à rester intact.

Nous disions en débutant : au sternum on juge le cœur, nous disons à l'épine dorsale on juge le cœur.

Nous n'entrons pas ici dans les détails ; nous voulons insister sur l'utilité de l'inspection du thorax, un peu négligée. L'inspection dans les maladies du cœur vaut l'auscultation; on juge par là l'intérêt que nous y attachons.

REVUE DES CLINIQUES

Le ferment glycolitique et la pathogénie du diabète, par M. le professeur Lépine (1). — Messieurs, vous n'ignorez point combien sont nombreuses les théories qui prétendent expliquer la pathogénie du diabète : dans une des leçons magistrales qu'il a consacrées à cette maladie, M. Bouchard dit en avoir compté vingt-sept. Or, depuis, il en a été proposé plusieurs autres, quelques-unes tout à fait neuves et originales, notamment celles de MM. Seegen et Ebstein, et tout récemment celle de M. Arnaud. Mais la plupart ne supportent pas une critique approfondie et les meilleures ne paraissent renfermer qu'une part de vérité; elles sont au moins très incomplètes. Aussi comprend-on que Frerichs, dans l'important ouvrage sur le diabète, qu'il a publié peu avant sa mort, se soit abstenu de prendre parti sur la question. Loin de lui en savoir mauvais gré, j'estime qu'il a eu parfaitement raison et qu'au moment où il écrivait, on était tenu à la plus grande réserve.

I

Les anatomo-pathologistes ont recherché avec beaucoup de soin les lésions que l'on peut rencontrer à l'autopsie des diabétiques. Vous en trouverez l'énumération dans les livres qui traitent du diabète, notamment dans celui de Frerichs, et, plus récemment dans une remarquable leçon de M. Robert Saundby. Mais de l'étude même la plus minutieuse des organes, on n'a pu, jusqu'ici du moins, tirer des conclusions touchant la pathogénie de cette maladie.

La physiologie expérimentale nous a fait connaître la source principale de production

(1) *Province médicale*, 1891.

du sucre (Bernard) et les foyers multiples où il se détruit (Chauveau); mais les travaux auxquels je fais allusion n'ont pas élucidé la cause intime du diabète. De ce que le foie produit du sucre, il ne suit pas nécessairement que le diabète soit dû à une exagération de l'activité fonctionnelle de cet organe, et de ce que les tissus détruisent le sucre, il ne résulte pas davantage qu'ils soient responsables de l'hyperglycémie diabétique. La belle expérience de MM. Mering et Minkowski, qui, les premiers, ont produit un vrai diabète en extirpant le pancréas, a fait faire à la question un pas important; mais si ce remarquable fait expérimental, rapproché des résultats d'un certain nombre d'autopsies, a, derechef, après Bright, Bouchardat, Lancereaux, etc., attiré l'attention sur le rôle du pancréas, il n'a pas donné la clef de la pathogénie du diabète. D'ailleurs, MM. Mering et Minkowski, avec une réserve scientifique des plus louables, se sont abstenus de toute théorie. Ils ont constaté la relation qui existe entre la suppression du pancréas et l'apparition du diabète, mais ils ont renoncé à l'expliquer.

Je ne prétends pas être en mesure de vous expliquer la pathogénie complète du diabète, mais je vous apporte un fait nouveau — je ne dis pas une théorie, mais un fait — qui, selon moi, l'éclaire d'une certaine lumière. Ce fait est le suivant : dans le diabète, et même dans toutes les hyperglycémies et glycosuries transitoires que j'ai étudiées jusqu'ici, il y a diminution de ce que j'ai appelé le pouvoir glycolitique du sang.

Il y a un an que j'ai annoncé l'existence de ce pouvoir glycolitique, sa diminution dans le diabète expérimental et la possibilité d'y remédier temporairement par une injection intra-veineuse de chyle. Mais le mérite de la démonstration complète et décisive des faits précédents et la découverte de plusieurs autres ne m'appartiennent pas entièrement, et je me plais à reconnaître que je n'y serais point parvenu sans la collaboration aussi précieuse que dévouée de M. Barral, chef des travaux chimiques de mon laboratoire. Elles reposent, en effet, sur des dosages qui devaient être d'une exactitude minutieuse, et ne pouvaient être convenablement pratiqués que par un chimiste de profession. Eussé-je acquis l'habileté suffisante, le temps m'eût certainement fait défaut, car chacun de ces dosages, dont le nombre dépasse deux mille, exige plus d'une demi-heure. Ajoutez le temps considérable employé par les vivisections, et on peut juger quelle somme de travail a été dépensée en commun. Ce que je puis revendiquer, c'est la conduite générale des expériences et la partie physiologique. Quant à la partie chimique, je le répète, elle est l'œuvre personnelle de M. Barral. C'est ainsi que nous avons pratiqué pendant dix-huit mois — et nous ne sommes pas au bout de nos recherches — la méthode féconde de la division du travail.

II

Voici la méthode, fort simple, à l'aide de laquelle on détermine le pouvoir glycolitique du sang.

On recueille 100 centimètres cubes de sang (au maximum) dans un ballon plongeant dans de l'eau très froide, de manière à abaisser subitement sa température au-dessous de 15° C. On en pèse exactement 40 grammes et on les fait couler goutte à goutte dans une capsule renfermant un poids égal de sulfate de soude préalablement chauffé à 80° C. environ, afin de faire monter subitement le sang à une température supérieure à 54° C. On en dose le sucre en suivant exactement la méthode de Claude Bernard.

Dès que le sang a été bouilli avec le sulfate de soude, on peut attendre plusieurs heures pour faire ce dosage. Aussi faut-il s'occuper immédiatement du reste du sang qu'on a maintenu, comme je l'ai dit, à une température inférieure à 15° C. On en pèse 50 grammes dans un ballon, et on l'immerge dans un bain-marie à la température physiologique du sang (39° C. pour le chien), en l'agitant un temps suffisant pour lui faire prendre aussi rapidement que possible la température du milieu. On l'y laisse une heure. Au bout de ce temps, on opère exactement comme sur la première portion, c'est-à-dire qu'on le verse goutte à goutte dans le sulfate de soude chaud, etc.

Si on a recueilli le sang artériel d'un chien bien portant et bien nourri, on trouve que, la première portion renfermant, je suppose, 1 gr. 20 de sucre (pour 1000 de sang), la seconde en renferme toujours moins de 1 gramme, et parfois moins de 0 gr. 80. En ramenant le premier chiffre à 100, le second variera suivant les conditions de l'animal,

la saison, etc., de 80 à 60; en d'autres termes, la perte sera de 20 à 40 p. 100. Si l'on veut prendre cette perte pour l'expression du pouvoir glycolitiqué, on dira que, chez le chien sain, ce pouvoir varie de 20 à 40.

Je n'ai pas encore eu en ma possession du sang d'homme en parfait état de santé, mais d'après ce que M. Barral et moi avons pu constater chez des sujets apyrétiques, le pouvoir glycolitique du sang humain est peu inférieur à celui du chien, c'est-à-dire que le plus souvent il dépasse 25. Mais celui du sang d'homme diabétique est bien différent. On en aura la preuve par le tableau suivant :

Numéros.	Quantité (en grammes) de sucre pour 1000 Immédiat.	Après 1 heure à 39° C.	Perte absolue.	Perte pour 100 (pouvoir glycolitique).
1	5,07	4,9	0,17	3,3
2	4,54	4,47	0,07	1,6
3	3,48	3,23	0,25	7,0
4	2,17	2,05	0,12	5,5
5	3,38	3,3	0,08	2,1

Le n° 1 est un diabétique de 35 ans, au régime carné (mitigé), excrétant 4 litres et demi d'urine renfermant par litre 66 grammes de sucre. Le n° 2 est un homme de 30 ans, diabétique depuis un an. Le lendemain de son entrée dans le service, et avant d'être mis en traitement, il excrétait 6 litres d'urine renfermant par litre 74 grammes de sucre. Le n° 3 est un homme de 52 ans, dans le service depuis plusieurs mois et fort amélioré. Il n'excrète que 3 litres d'urine avec 60 grammes de sucre. Le n° 4 est un diabétique léger et récent; son urine ne renferme que 26 grammes de sucre par litre. Le n° 5 concerne une femme acromégalique, diabétique depuis peu de mois. Bien qu'au régime, elle a 70 grammes de sucre par litre. Voilà tous les cas de diabète que nous avons pu soigner et chez lesquels le pouvoir glycolitique a pu être déterminé. On remarquera que, chez le n° 2, non au régime, il est de 1,6; que chez les deux autres diabètes graves, n°s 1 et 5, il est de 3,3 et 2,1; que, chez le diabétique léger, il est de 5,5, et 7 chez le diabétique amélioré. De tels chiffres ne sont-ils pas démonstratifs?

On remarquera que la perte absolue, qui chez l'homme sain dépasse toujours 25, est très faible chez la plupart des diabétiques. Ce fait est extrêmement important; car nos expériences ont établi qu'une forte proportion de sucre, pour une même quantité de ferment, est une condition favorable à l'augmentation de la perte absolue.

est très rare que le sang des chiens rendus diabétiques par ablation du pancréas renferme 4 à 5 grammes de sucre par litre. Habituellement, ce chiffre ne dépasse pas 2 à 3 grammes, mais le pouvoir glycolitique chez eux est toujours très diminué, bien que nous ne l'ayons jamais trouvé aussi bas que chez le n° 2 ci-dessus mentionné. Le plus souvent, il oscille autour de 6. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

25 avril 1891.

*A M. le docteur Richelot, rédacteur en chef de l'*Union médicale,

Mon cher confrère,

Je lis dans l'*Union médicale* d'aujourd'hui le compte rendu de la séance du 11 avril de la Société de médecine de Paris, dans laquelle M. Abadie a critiqué la statistique, publiée dans la *France médicale* du 3 avril, de mes opérations pratiquées pendant l'année 1890. Comme je ne suis pas membre de la Société de médecine de Paris et que je n'ai pas accès à cette tribune, je vous serais très obligé si vous vouliez insérer dans l'*Union médicale* quelques mots de réponse.

Sur 226 opérations d'extraction de cataracte, pratiquées pendant l'année 1890, j'ai eu 3 panophthalmies et non pas 4 comme le dit par erreur mon éminent confrère. Je ne compte pas, en effet, une panophthalmie à la suite de discision, de même qu'il ne compte

pas le même accident dans la statistique à propos de laquelle il a parlé de la mienne. J'ai donné des indications suffisantes pour que l'on pût reconnaître ces trois malades et contrôler ainsi le chiffre de mes insuccès; quoique les deux choses aient souvent bien de la peine à s'accorder ensemble, j'ai cherché à faire une statistique de bonne foi.

M. Abadie nous annonce une nouvelle découverte : « On ne doit plus, dit-il, avoir de phlegmon de l'œil après l'opération de la cataracte », et cela grâce à un galvano-cautère! Je souhaite sincèrement, sans l'espérer, que cette découverte ait plein succès, et je regrette bien sincèrement, pour M. Abadie et pour les autres, qu'elle n'ait pas été faite plus tôt.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr A. Chevallereau,
Médecin de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts.

BIBLIOTHÈQUE

Maladies et médicaments a la mode, par le docteur Degoix.
Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891.

L'auteur a voulu présenter au lecteur un tableau aussi vivant et aussi parlant que possible des *maladies à la mode* qui affligent notre pauvre humanité. Il a recherché avec soin les causes et les moyens de les prévenir, les effets et les moyens de les conjurer. Naturellement, le premier rang dans son livre appartient aux maladies nerveuses, mais les maladies infectieuses ne sont pas négligées, puisque des chapitres sont consacrés à l'influenza, à la pneumonie, au croup, etc. Les pages relatives à l'étude des médicaments nous parlent avec humour de l'exalgine, de l'antipyrine, de la saccharine, etc.

D'une lecture agréable et facile pour les gens du monde, le petit livre de M. Degoix pourra aussi égayer nos confrères. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des amblyopies toxiques, par le docteur Chaltin. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — I. *Amblyopie alcoolique.* — Suppression brusque, sans retard, des boissons alcooliques. Relever la nutrition par les toniques et une alimentation reconstituante, calmer l'excitation cérébrale par un traitement bromuré. Localement, on combattra la mydriase par les instillations de pilocarpine. On aura recours aux injections de strychnine, aux courants continus, à l'hydrothérapie, aux douches oculaires, pour relever l'action nerveuse affaiblie.

II. *Amblyopie nicotinique.* — Usage modéré du tabac; d'après Sichel et Mackenzie, 15 à 20 grammes de tabac fumés par jour constituent une dose toxique; ne fumer les cigares qu'aux deux tiers, l'extrémité pouvant servir de réservoir à la nicotine. Si l'amblyopie existe, défendre le tabac. Stimuler la nutrition. Inhalations de nitrite d'amyle, injections sous-cutanées de strychnine, courants continus, douches oculaires.

III. *Amblyopie saturnine.* — Traitement du saturnisme. Bains sulfureux, iodure de potassium, purgatifs, régime tonique.

IV. *Amblyopie quinique.* — Purgatifs et diurétiques; inhalations de nitrite d'amyle, injections de strychnine et électricité.

V. *Amblyopie par l'antipyrine.* — L'auteur cite plusieurs cas d'amblyopie dus à l'ischémie de la rétine, à la suite de l'emploi de fortes doses (de 4 à 7 grammes) d'antipyrine. L'abstention du médicament suffit à amener la guérison.

VI. *Amblyopie par le sulfure de carbone.* — Abandonner la profession. Toniques, fer, quinquina, injections sous-cutanées de strychnine, inhalations de nitrite d'amyle et courants continus.

Comme moyens préventifs : interdire le travail en chambre, ventiler l'atelier, fermer hermétiquement les récipients; propreté excessive. — P. N.

FORMULAIRE

Pommade contre l'érysipèle. — Nussbaum.

Icthyol .... 15 grammes.
Lanoline .... 15 —

Mêlez. — Avec cette pommade, on fait des onctions sur les surfaces érysipélateuses, et on les enveloppe immédiatement après avec une couche d'ouate salicylée. — Ce pansement a pour résultat d'arrêter la marche envahissante de l'érysipèle, et de calmer la douleur. Cet effet se produit dans l'espace de quelques heures à deux ou trois jours.

N. G.

COURRIER

Concours du bureau central (accouchements). — Voici le résultat du tirage au sort du jury de ce concours (une place) :

MM. Marchand, B. Anger, Gueniot, Desormeaux, Ribemont, Landouzy, Pozzi.

Les candidats, au nombre de dix, sont :

MM. 1. Boissard. — 2. Couder. — 3. Demelin. — 4. Laskine. — 5. Lepage. — 6. Potocki. — 7. Stapfer. — 8. Tissier. — 9. Varnier. — 10. Wallich.

Concours du bureau central (médecine). — Tirage au sort du jury du prochain concours (deux places) :

MM. Chauffard, Hérard, de Beurmann, Brissaud, Cadet de Gassicourt, Roques, Le Dentu.

Deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose. — Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès, qui aura lieu à Paris du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. Villemin, sont les suivantes :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux;

2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose;

3° De l'hospitalisation des tuberculeux;

4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale;

5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

N. B. — Adresser les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

Ce qui concerne les communications à M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

— La Société française d'hygiène avait mis au concours pour 1891 la question : « Des soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels. »

Vingt-sept mémoires, tous très bien exposés, ont été envoyés au concours. La commission du jury d'examen, présidée par M. le professeur Peter, vient de décerner les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — Docteur A.-F. Plicque, médecin adjoint de la Compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux (n° 7); M. Henri C. Boudaille, externe des hôpitaux, ancien interne des ambulances urbaines (n° 19).

Médailles d'argent. — Docteur A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Thiers (Puy-de-Dôme) (n° 17); M. A. Quinard, pharmacien de 1re classe, membre du Conseil d'hygiène de Beaune (Côte-d'Or) (n° 3).

Médailles de bronze. — M. Marco Venanti, à Florence (Italie) (n° 24); docteur Séjour-

net, lauréat de l'Académie de médecine, à Revin (Ardennes) (n° 12); docteur O. Saintu, à Paris (n° 6); M. H.-B. Larenaudie, élève en pharmacie, à Tulle (Corrèze) (n° 23); docteur Luigui Gasparini, à Gannaziga, province de Bergame (Italie) (n° 9).

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 avril 1891, sous la présidence de M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, et de M. le docteur E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société. Après avoir entendu l'allocution de M. le docteur E. Vidal, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur A. Motet, l'allocution de M. le ministre des travaux publics, le rapport de M. le docteur Philbert sur les récompenses, la Société a décerné : un prix de 1000 francs offert par la veuve de notre premier secrétaire général, le docteur L. Lunier, à M. le docteur Legrain; des mentions très honorables avec médailles d'argent, à MM. les docteurs Lardier et Nicoulau et une mention honorable à M. le docteur Dubrandy.

241 diplômes de membre associé honoraire; 14 médailles d'argent; 346 médailles de bronze; 134 diplômes de témoignage de satisfaction; 10 livrets de caisse d'épargne postale d'une importance totale de 100 francs, avec diverses publications de la Société et 1,250 exemplaires de l'Avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Georgin, instituteur à Moyvillers (Oise), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

Asphyxie par les poêles mobiles. — *Un nouvel accident.* — Au n° 21 de la rue Condorcet, habitait, avec sa femme et sa fille, M. F..., un soir, la mère et la fille sortirent, laissant à la maison M. F... Ce dernier se coucha presque aussitôt, laissant ouverte la porte de sa chambre contiguë à la salle à manger dans laquelle se trouvait un poêle mobile allumé. A leur retour, vers minuit, les deux femmes trouvèrent M. F... ne donnant plus signe de vie. Elles appelèrent immédiatement un médecin, mais celui-ci ne put que constater la mort causée par les émanations d'oxyde de carbone qui s'étaient dégagées du poêle mobile. — C'est la cinquième ou sixième mort que nous enregistrons depuis le commencement de l'hiver, pour Paris seulement. Qu'on y réfléchisse donc! (*Progrès méd.*)

Un baptême baptiste. — Une jeune fille de 21 ans, devant recevoir le baptême baptiste, s'était rendue, à cet effet, le 9 mars 1890, à la chapelle. Dans un vestiaire relié au temple par un passage couvert, elle se dépouilla de ses vêtements, le caleçon excepté, et revêtit une chemise de toile blanche. En cet état, elle entra dans le temple et se plongea tout entière dans les fonts remplis d'eau de pluie. Elle y resta à peine une minute. Elle retourna sans soutien au vestiaire, y tomba sans connaissance et expira malgré les soins les plus énergiques. A la suite de l'examen du cadavre, le docteur Dütschke déclara dans son rapport que la mort était due à la paralysie du cœur et qu'elle avait pour cause le bain froid (15° R.) employé. Le pasteur, condamné à un mois pour homicide par négligence, fut acquitté en appel. On fit valoir que la fille ne serait peut-être pas morte si elle s'était plongée dans l'eau seulement jusqu'au cou. Depuis, la communauté baptiste de la Frise orientale (Hanovre) emploie de l'eau chauffée pour cette cérémonie. (*Lyon méd.*)

— M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux, fera un cours sur les maladies des voies urinaires, qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera le lundi 4 mai, à quatre heures et demie, à sa clinique, 15, rue Malebranche, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Pour les renseignements, s'adresser, 15, rue Malebranche (près la rue Soufflot).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Des résultats éloignés de l'ablation des annexes

Par L.-G. Richelot (1).

En choisissant, parmi les 240 laparotomies que j'ai faites depuis le 1er janvier 1889, celles qui ont porté sur des lésions tubo-ovariennes sans néoplasme, j'en trouve un total de 170, qui ne peuvent toutes servir à l'analyse que nous sommes conviés à faire devant vous. Si je retranche les quelques malades qui ont succombé aux opérations les plus graves, — vous savez combien notre mortalité opératoire est aujourd'hui restreinte, — si j'en laisse de côté quelques-unes dont j'ai perdu la trace, et enfin plusieurs qui sont trop récentes pour entrer en ligne de compte, il en reste environ 150 sur lesquelles je puis porter un jugement définitif.

Je passerai en revue les résultats éloignés de mes opérations, en m'efforçant de les ranger dans un ordre logique; mais je vous avertis que je n'attache aucune importance à ma classification, qui est forcément défectueuse, car toutes ces lésions s'enchevêtrent si bien qu'il est impossible d'arriver à un groupement parfait.

I. *Salpingo-ovarites légères, péri-ovarites, adhérences.* — L'ovaire est peu ou point altéré, la trompe congestionnée, légèrement flexueuse, son pavillon souvent oblitéré; les organes sont adhérents, quelquefois prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, mais les adhérences sont facilement décollées avec le doigt; il y a du catarrhe utérin, plus ou moins rebelle aux traitements directs.

J'ai opéré dans ces conditions quelques femmes qui avaient subi le curage plusieurs mois auparavant. Les douleurs n'avaient pas cessé ou avaient repris comme devant; l'utérus étant normal ou à peu près, les femmes étant gravement affectées de leur état, empêchées dans leurs travaux, j'ai dû en venir à une laparotomie qu'elles demandaient pour la plupart : généralement elles sont bien guéries. Je note une opérée du 16 mars 1889, qui avait déjà subi la colporrhaphie en avril 1887, le curage et l'opération de Schrœder en novembre 1888 : l'ablation des annexes l'a complètement rétablie. Une autre, à peine améliorée par le curage en avril 1889, a subi, le 16 janvier 1890, l'ablation d'annexes peu malades, mais adhérentes, et se porte aujourd'hui très bien. Une femme de 38 ans, ayant de fortes règles et des douleurs insupportables, est débarrassée de tout ennui par l'extirpation d'ovaires adhérents, petits et sclérosés, faite le 14 novembre 1890.

(1) Communication au Congrès de chirurgie, avril 1891.

Ces femmes, quand elles sont encore jeunes, ont des bouffées de chaleur à la face, des pesanteurs pelviennes de temps à autre, et ces phénomènes consécutifs à la ménopause anticipée peuvent durer un an, dix-huit mois; tout le monde le sait. Mais je répète qu'elles sont bien guéries, valides et contentes de leur sort.

Une opérée du 22 novembre dernier se plaint d'une assez vive sensibilité au niveau de ses deux pédicules; le bénéfice qu'elle a retiré de mon intervention n'est pas clair. Au bout de quatre mois, rien encore de perdu; néanmoins, j'admets qu'elle peut garder longtemps ses anciennes douleurs. On a dit même que les opérations pratiquées pour des lésions peu profondes sont celles qui donnent le plus de guérisons incomplètes. Cette opinion légèrement paradoxale peut être fondée, à la condition qu'on l'explique de deux manières : 1° si les organes petits, mais fortement adhérents, sont amenés par lambeaux et incomplètement enlevés, comme le dit Bouilly dans sa communication au Congrès de Berlin, je veux bien que les femmes restent « réglées, douloureuses et nerveuses »; 2° elles resteront malades encore plus sûrement, si, prenant le change sur la cause des douleurs, on enlève des ovaires ne portant que des altérations anatomiques banales; si on opère, pour des points ovariens, des femmes neurasthéniques, à estomac dilaté, dont les symptômes nerveux sont d'ordre plus général; si, croyant qu'une femme souffrant dans la sphère génitale ne peut souffrir que des ovaires, on va chercher les annexes peu malades en négligeant l'utérus, qui reste en activité morbide et refuse de s'atrophier. J'ai dû, après une laparotomie qui m'a montré des ovaires sans adhérences et une salpingite légère avec pavillons oblitérés, faire le curage d'un utérus dont la cavité mesurait 10 centimètres et dont le catarrhe n'avait pas cessé; le curage sans laparotomie eût été sans doute plus utile.

Je touche là au chapitre fort délicat des « abus de la castration », et je pense, en résumé, que le résultat thérapeutique dans les affections légères ne peut être moins bon que dans les graves, mais à la condition qu'on s'efforce de ne pas faire de laparotomies inutiles, et que, le diagnostic étant bien posé, — avant ou après l'incision, peu m'importe, — on enlève des annexes qui soient la vraie cause du mal.

Telles sont les conclusions que je tire d'une dizaine d'observations de cet ordre; elles s'appliquent également bien aux cas dont je vais maintenant vous parler, lésions douloureuses et pressantes, mais petites lésions, en ce qu'elles sont peu dangereuses à traiter et, pour ainsi dire, sans mortalité possible.

II. — *Ovaires à petits kystes.* — La dégénérescence scléro-kystique des ovaires accompagne très souvent les altérations complexes de l'utérus et des trompes; mais je m'occupe ici des cas où elle est seule ou tout au moins dominante. Elle offre, par elle-même, des symptômes douloureux très accentués, quelquefois une marche aiguë ou subaiguë simulant la salpingite; quelquefois on remonte, en interrogeant la malade, à une ou plusieurs poussées de pelvi-péritonite semblables à celles qui accompagnent les affections tubaires, et pour les expliquer on ne trouve, au cours de l'opération, que de petites adhérences de l'ovaire et une trompe normale. D'autres fois, les adhérences sont plus étendues et plus solides; un ou plusieurs des kystes acquièrent le volume d'un petit œuf. Il peut y avoir du catarrhe utérin et des métrorrhagies, qui rendent le diagnostic très obscur.

Il m'est arrivé de pratiquer des curages et des opérations sur le col, après avoir porté le diagnostic de métrite catarrhale ou fongueuse. La muqueuse utérine râclée par la curette se trouvait moins malade que je ne l'avais cru. Puis les femmes continuaient à souffrir et revenaient au bout de quelques mois; je pensais alors au developpement d'une salpingite qui n'existait pas au moment du curage ou que j'avais méconnue à son début, et l'incision abdominale me conduisait sur des ovaires kystiques.

D'autres fois, j'ai opéré d'emblée pour une salpingite violente avec utérus négligeable, et j'ai trouvé de petits kystes sans lésion tubaire.

Les femmes guérissent très bien dans ces deux cas, preuve que l'altération ovarienne est bien la cause de leurs douleurs souvent excessives. Cependant, sur une trentaine de malades, j'en ai bien dix qui ont fait quelques façons avant de se déclarer bien portantes. Celle-ci, bien que devenue valide, accuse pendant plusieurs mois des points douloureux au niveau de ses pédicules; celle-là, nerveuse et dyspeptique, continue à gémir et ne s'amende qu'à la longue; une autre s'inquiète en voyant revenir ses règles à deux ou trois reprises. Une danseuse de l'Eden, après sa sortie de l'hôpital, s'engage à Lyon, est prise d'une perte abondante qui dure plusieurs jours, puis se remet au travail et ne le quitte plus; je reviendrai tout à l'heure sur ces phénomènes de menstruation plus ou moins régulière. Dans une vingtaine de cas, au contraire, la guérison est facile, prompte, radicale : c'est une jardinière qui, sortie de l'hôpital le 1er juin 1889, retourne presque aussitôt à un dur travail; c'est deux infirmières qui reprennent leur métier fatigant; c'est une jeune femme qui a depuis deux ans des pertes abondantes et des douleurs à peu près continues s'exaspérant au moment des règles, et chez qui l'ablation très facile de deux gros ovaires criblés de petits kystes et sans adhérences supprime instantanément les douleurs et les pertes; c'est enfin une vierge de 28 ans dont l'histoire est fort intéressante. Quand je la vis en consultation, dans le département de Seine-et-Marne, en octobre 1888, elle était dans son lit, incapable de marcher, avec un empâtement et une douleur excessive à droite; elle souffrait ainsi, par poussées, depuis le 23 mars. On aurait pensé au classique « phlegmon du ligament large ». Moins prévenu qu'aujourd'hui des méprises que peut faire naître un cas de ce genre, je trouvai là une forme singulière de pelvi-péritonite, dont aucune infection, puerpérale ou autre, ne pouvait rendre compte. Elle vint à Paris; lorsqu'elle entra dans la maison de santé où je devais l'opérer, elle marchait pliée en deux et soutenue par des aides. Le 1er décembre, à l'incision de l'abdomen, je trouvai la dégénérescence ovarienne, développée surtout à droite; l'ovaire était gros et bourré de petits kystes, mais libre et sans adhérences; les deux trompes étaient parfaitement saines. Pour tout vestige des poussées inflammatoires et douloureuses, j'avais de minimes adhérences épiploïques au-devant des annexes. L'opération fut simple et bénigne, et le mal disparut brusquement pour ne plus revenir; aujourd'hui la santé est parfaite.

Soit dit en passant, chez une vierge et à l'abri de toute inoculation, il m'est bien difficile d'admettre, avec Bouilly, qu'il s'agisse là « d'une variété d'ovarite d'origine infectieuse ».

III. *Salpingites chroniques, parenchymateuses, adhérentes. — Hydrosalpinx.* — Cette classe comprend tous les degrés de la salpingite chronique, invétérée, rebelle aux traitements indirects. Tantôt la trompe est un kyste à parois minces ou épaisses (hydrosalpinx), à contenu végétant (un cas);

tantôt la cavité est petite, la paroi énorme, et l'organe à les dimensions du petit doigt, d'une anse d'intestin. La lumière étroite contient du muco-pus; il serait facile, mais contraire à la vérité clinique, d'améliorer la statistique des pyo-salpinx en y rangeant ces grosses trompes à contenu dangereux, mais dont l'ablation souvent difficile est moins grave que celle des vrais kystes purulents des annexes. Elles ne m'ont donné aucune mortalité.

L'ovaire est diversement altéré : il est petit, atrophié, accolé à la paroi tubaire, ou bien gros et kystique. Il y a souvent de petits kystes séreux, transparents, surajoutés aux annexes.

Cette classe nombreuse — j'ai, pour ma part, une trentaine de faits — pourrait être l'objet d'une foule de considérations. Mais, au point de vue qui nous occupe, elle peut être analysée en peu de mots. Si nous faisons l'enquête sur nos résultats éloignés, c'est apparemment pour savoir s'ils justifient notre intervention. Or, nous n'en sommes plus, en vérité, à démontrer les services que nous rendons, par des opérations à peu près sans dangers, à des malades dont la souffrance est extrême, l'invalidité complète, l'avenir plein d'incertitudes et de périls, et cela, en sacrifiant des organes dont la fonction est perdue.

Sur presque toutes, j'ai des renseignements précis et très récents. Les phénomènes nerveux ordinaires, sur lesquels je ne reviendrai pas, les petites douleurs des premières semaines ou des premiers mois n'empêchent pas les guérisons d'être complètes. Je signale quelques faits ayant un intérêt particulier :

Trois castrations unilatérales. Dans la première, kyste tubaire végétant à droite, ovaire sain à gauche. Dans les deux autres, énucléation laborieuse à droite, impossible à gauche par les adhérences très serrées; malgré l'opération incomplète, résultat thérapeutique excellent depuis le 17 décembre 1889 et le 3 juillet 1890.

Trois au moins sont des névropathes. La plus récente, opérée en décembre dernier pour des trompes volumineuses et très adhérentes avec de gros ovaires kystiques, prétend souffrir à peu près autant qu'avant mon intervention; nous verrons plus tard (1). La malade au kyste végétant, dont j'ai parlé tout à l'heure, est plus satisfaite; elle ne souffre pas du ventre et consent à ne plus s'alarmer. La troisième, opérée le 22 janvier 1890 pour de grosses trompes dilatées, sinueuses, adhérentes et des ovaires kystiques, a eu des attaques d'hystérie pendant les deux ou trois semaines qui suivirent, puis des douleurs pelviennes et un nervosisme exagéré pendant plusieurs mois; mais, depuis la fin de l'année dernière, tout a disparu, les crises nerveuses ne sont plus qu'un souvenir, et la santé est florissante. Avant de me consulter, elle souffrait depuis deux ans et gardait le lit depuis deux mois.

Cette dernière malade a eu, quatre mois après la castration ovarienne, une métrorrhagie sérieuse; plus tard, une perte sanguine insignifiante; aujourd'hui, calme parfait. Une autre, opérée le 7 mars 1889, a toujours eu depuis ce temps des pertes sanguines assez irrégulières, mais sans aucune interruption prolongée; et cependant l'ablation des ovaires avait été relativement facile et très complète. De ces deux malades, j'en rapproche une troisième, qui se range plutôt dans la classe des pyo-salpinx, mais qui est

(1) Je l'ai revue il y a quelques jours : les douleurs ont à peu près disparu, il reste un peu de catarrhe utérin.

bien intéressante par la persistance de la menstruation. J'ai eu dans les mains ses deux trompes et ses deux ovaires bien complets, aucune parcelle de tissu ovarien ne m'a échappé; opérée le 3 septembre 1889, ses règles sont venues le 18 octobre, le 18 novembre, et elle les a encore très régulièrement tous les mois, pendant trois jours. Une menstruation aussi parfaite, après une castration bilatérale authentique, est certainement exceptionnelle (1); mais des phénomènes plus atténués et moins durables sont assez fréquents. Ils n'ont rien de contraire à la loi de Negrier; aucune théorie n'empêche d'admettre que, chez la femme adulte, l'habitude de la fluxion utérine survive à la disparition des ovaires, et je n'ai jamais compris l'insistance que mettent certains auteurs à nier ces faits ou à les expliquer par des ablations incomplètes.

Je n'ai guère d'autre fait à noter dans cette série, si ce n'est qu'il est toujours curieux de voir disparaître en un instant et pour toujours, au prix d'une opération souvent compliquée, laborieuse, mais d'un pronostic très sûr, les misères que ces malheureuses traînent pendant plusieurs années et qui ne cèdent ni aux traitements illusoires des empiriques, ni aux soins médicaux les plus rationnels.

IV. *Salpingo-ovarites compliquées de rétroversion mobile ou adhérente.* — C'est un cas particulier dans l'histoire des lésions précédentes; je vais l'aborder en m'appuyant sur une quinzaine de faits, dont plusieurs sont trop récents. Il faut du temps, en effet, pour juger si le redressement d'un utérus est valable; aussi devrai-je y revenir plus tard, et je ne fais aujourd'hui qu'effleurer la question.

Quand la rétroversion est accompagnée de lésion des annexes, l'utérus est libre et seulement fixé par les adhérences tubo-ovariennes, ou bien il est adhérent lui-même par son fond et sa face postérieure au cul-de-sac de Douglas. Dans la seconde hypothèse, le décollement de l'utérus doit précéder ou suivre l'ablation des ovaires et des trompes. Car la laparotomie a un double but : enlever des lésions douloureuses et graves par elles-mêmes, redresser l'utérus dont la déviation entre pour une part dans les accidents. Sur le premier point, je n'ai rien à dire de nouveau; sur le second, je désire appeler votre attention.

Vous savez qu'aujourd'hui on aime beaucoup à fixer l'utérus à la paroi abdominale. On propose même l'hystéropexie pour des rétroversions mobiles et sans lésions ovariennes, ce qui ne peut nous occuper en ce moment. Or, autant je suis partisan de l'hystéropexie pour certains prolapsus rebelles, autant je la crois peu utile pour la plupart des rétroversions, même quand des annexes malades nous conduisent à ouvrir le ventre. En d'autres termes, je n'aime pas beaucoup l'« hystéropexie complémentaire » (thèse de Baudoin, 1890), et je ne crois pas qu'il faille la considérer comme « le seul procédé de cure radicale des rétro-déviations utérines graves et adhérentes ». J'ai toujours vu jusqu'ici l'utérus se redresser par le fait de la pédiculisation des annexes; le ligament large, bien pris en faisceau, bride l'utérus et le maintient réduit. J'ai des utérus ainsi redressés et des femmes guéries depuis les mois de mai, juin, juillet, novembre, décembre 1890.

Ainsi, l'extirpation des lésions ovariennes suffit généralement à la gué-

(1) J'en ai retrouvé une seconde dans les mêmes conditions : règles normales, tous les mois depuis le 11 janvier 1890, après une castration facile et certainement complète.

rison des déviations complexes de l'utérus. C'est encore là, si je ne me trompe, une suite heureuse de nos opérations.

V. *Hémato-salpinx et hématocèles.* — Je rapproche ces deux termes, parce que l'hématocèle intra-péritonéale est ordinairement la suite d'un hématome de l'ovaire ou de la trompe, souvent une grossesse tubaire.

Sur douze observations, je trouve un hémato-salpinx, tellement adhérent et perdu au milieu d'un magma intestinal que j'ai dû le laisser en place, l'évacuer et le drainer. Après six mois de guérison, poussée douloureuse et tuméfaction nouvelles; mais le repos au lit calma tout, et la guérison paraît durable aujourd'hui. Chez une autre malade, j'enlevai en totalité une poche tubaire contenant 200 grammes de vieux sang. mais de l'autre côté les annexes adhéraient, si bien que je laissai des lambeaux saignants; la malade, retournée à Toulouse, est toujours souffrante et nerveuse.

Dans tous les autres cas, l'extirpation totale des lésions m'a donné des guérisons rapides et franches. Il y a d'abord des hématomes circonscrits, de moyen volume; on reconnaît bien la tumeur des annexes, mais le diagnostic absolu est très difficile; l'incision abdominale conduit sur une grosse poche ovarienne ou tubaire, qui s'énuclée en totalité ou plus souvent se crève et inonde le péritoine de caillots ou de liquide chocolat. Comme il n'y a ni pus ni infection d'aucune sorte, les suites sont absolument bénignes.

Il y a ensuite les grosses tumeurs hématiques, se laissant reconnaître ou simulant des fibromes. Le sang est contenu dans une énorme trompe ou libre dans le péritoine et limité seulement par des adhérences ; hémato-salpinx ou hématocèle. Ici la question du meilleur mode de traitement doit se résoudre par l'examen des résultats éloignés. Or, le pronostic des hématocèles simplement ponctionnées ou incisées par le vagin est médiocre : sans nier les cas heureux, je me rappelle cependant bien des exemples de foyers longtemps fistuleux, suppurants, ne pouvant se vider de leurs caillots; des tumeurs dures persistantes, avec des congestions et des poussées de pelvi-péritonite. Quoi de plus naturel, puisqu'on laisse dans le ventre une cavité à parois anfractueuses, tapissées de couches fibrineuses inaccessibles, des ovaires en lambeaux, des trompes crevées dans le péritoine? Voyez, au contraire, la netteté des résultats obtenus par la méthode de choix, la laparotomie :

Une femme de 30 ans, toujours souffrante depuis ses couches, aboutit à une grosse hématocèle rétro-utérine. A l'incision de l'abdomen, je trouve l'utérus repoussé, en avant et j'ouvre derrière lui un vaste foyer limité par les anses intestinales et d'où s'échappent du sang noir liquide et des caillots en abondance. Je ramasse les caillots à pleines mains, je les entraîne avec des éponges montées, puis, au cours de ce nettoyage, je rencontre des ovaires entourés de masses fibrineuses, et des trompes épaisses, dilacérées, bourrées elles-mêmes de caillots noirs. J'enlève ces annexes profondément altérées, que l'incision vaginale aurait laissées dans le ventre. Opérée le 7 décembre, la malade nous quitte le 19 janvier 1890; revue le 21 mai, son utérus est mobile, ses culs-de-sac parfaitement souples, elle est bien portante et ne souffre plus.

Chez deux autres femmes, le sang était contenu dans une énorme poche tubaire accolée au côté gauche de l'utérus et adhérente par toute sa surface. J'ai pu faire laborieusement l'énucléation complète, non sans inonder le péritoine; mais je répète qu'il n'y a pas ici de causes d'infection, et que

la facilité de la guérison contraste avec l'importance et la longueur de l'acte opératoire. La première avait 37° le lendemain; la seconde lisait son journal.

Enfin, chez une malade du service de M. Roques, la tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et faisait bomber les culs-de-sac vaginaux en refoulant l'utérus contre le pubis. Tous les signes rationnels et physiques étaient en faveur d'une hématocèle rétro-utérine; néanmoins, je trouvai un hémato-salpinx vraiment monstrueux. Après avoir crevé la poche et enlevé les caillots à plaines mains, je détachai patiemment l'intestin et je fis céder partout les adhérences, mais je ne pus séparer la tumeur de l'utérus; et, comme les annexes de l'autre côté étaient malades et hypertrophiées, je pris le parti de les libérer à leur tour, de former un pédicule sur le segment inférieur de l'utérus et d'enlever toute la masse; je fis, en un mot, l'hytérectomie avec traitement intra-péritonéal du pédicule et ligature élastique perdue. La malade, pâle et exsangue avant l'opération, reprit vite ses couleurs et son embonpoint; elle est aujourd'hui en parfaite santé. (*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Le ferment glycolitique et la pathogénie du diabète, par M. le professeur LÉPINE (1).

III.

Quelle est la source du pouvoir glycolitique du sang normal? Lui appartient-il en propre, ou bien est-il emprunté à un organe?

A cette question, dont vous voyez tout l'intérêt, nous pouvons répondre qu'il s'agit d'un pouvoir d'emprunt, et on peut ajouter, grâce à MM. Mering et Minkowski, qu'il est emprunté, pour la plus grande part, sans doute au pancréas, ces expérimentateurs ayant mis hors de contestation le fait capital que toute ablation du pancréas chez le chien, pourvu qu'elle soit complète, est nécessairement suivie d'une glycosurie qui a tous les caractères du vrai diabète. J'ai confirmé l'exactitude absolue de ce fait par plus de quarante expériences, et j'ai précisé le temps nécessaire pour l'apparition du sucre dans l'urine. D'après ce que j'ai constaté, ce temps ne dépasse guère huit heures et peut être moindre.

MM. Mering et Minkowski ont eu, de plus, le mérite de prouver d'une manière péremptoire que, chez le chien privé du pancréas, la suppression du suc pancréatique n'est pour rien dans la pathogénie du diabète, attendu que la conservation d'un fragment de la queue de cet organe, sans aucune connexion avec l'intestin, suffit pour que le diabète fasse défaut. Ils ont par là montré l'inanité des hypothèses toutes plus ou moins fausses, dont on se payait depuis Bouchardat, pour essayer d'expliquer la coexistence du diabète et des lésions du pancréas, et qui toutes étaient basées sur le rôle supposé du suc pancréatique. Ainsi, MM. Mering et Minkowski ont admirablement déblayé le terrain; mais il faut reconnaître qu'ils n'ont rien édifié. Admettre avec eux « une fonction inconnue du pancréas » était une pure hypothèse, une explication qui n'en est pas une, parce qu'elle n'explique rien.

Mes propres travaux ont fait passer cette hypothèse à l'état de réalité, et ils ont montré en quoi consiste cette « fonction » jusqu'ici inconnue du pancréas. Ils ont, en effet, prouvé que chez le chien en digestion la lymphe du canal thoracique et le sang de la veine porte sont doués d'un pouvoir glycolitique considérable, que ne possèdent pas à beaucoup près le sang de la veine splénique et le sang artériel ou le sang veineux en général.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Pour essayer de se faire une idée de cette « fonction nouvelle » du pancréas, il n'est peut-être pas inutile de se rappeler la description que M. Renaut a donnée il y a quelques années de la structure du pancréas. On sait que, d'après mon savant collègue, cet organe diffère des glandes salivaires en ce que « les cellules sont ordonnées par rapport aux vaisseaux et non par rapport aux conduits excréteurs ». Il y a là une disposition anatomique assurément digne d'attention et qui vraisemblablement explique d'une manière satisfaisante comment le pancréas peut remplir en partie la fonction de glande vasculaire sanguine, c'est-à-dire de glande susceptible de verser dans le sang un de ses produits d'élaboration. Je suis donc porté à supposer que l'activité de la cellule pancréatique pourrait être bipolaire et qu'à chacun des pôles serait dévolue une fonction différente : par son extrémité interne, elle verserait dans les canalicules excréteurs le suc pancréatique avec son triple ferment depuis longtemps connu, et par sa base ou extrémité externe, en rapport avec les vaisseaux, elle transmettrait au sang veineux et à la lymphe le ferment glycolitique.

IV

Je viens de prononcer le mot de ferment. Je crois, en effet, qu'il s'agit bien d'un ferment soluble. En tout cas, on ne peut considérer le pouvoir glycolitique comme une propriété vitale de l'albumine du sang, ainsi que l'a récemment admis M. Arnaud, car une propriété vitale ne peut se transformer. Or, le pouvoir glycolitique passe du pancréas au sang, et du sang il peut être transporté à de l'eau salée. L'expérience suivante le prouve :

Si on centrifuge du sang frais, et qu'après la séparation du sérum et des globules on en détermine le pouvoir glycolitique, on trouve qu'il est presque en entier dans les globules. Si alors on remplace le sérum par de l'eau salée et qu'on centrifuge de nouveau, on constate que l'eau salée qui ne renferme que fort peu de matières albuminoïdes est douée d'un pouvoir glycolitique beaucoup plus prononcé que le sérum, et qu'elle a évidemment emprunté aux globules. On peut aussi laver plusieurs fois de suite les globules avec de l'eau salée et leur enlever chaque fois une bonne partie du ferment qu'ils renferment.

L'expérience précédente nous renseigne de plus sur la localisation du ferment dans le sang. Il est contenu dans les globules, tandis que le sucre est dans le plasma. On peut même préciser davantage et indiquer les globules blancs comme le siège de prédilection du ferment. Ce qui le prouve, c'est : 1° l'existence du pouvoir glycolitique du chyle qui ne renferme pas de globules rouges ; 2° le fait qu'après la centrifugation, ce sont les portions les plus riches en globules blancs qui possèdent au plus haut degré le pouvoir glycolitique. Nous avons pu nous en assurer particulièrement dans un cas où du sang humain centrifugé présentait une couche de globules blancs à la surface des globules rouges et nous l'avons également constaté nombre de fois chez le chien.

Il semble positif que les tissus, les muscles notamment, peuvent détruire par eux-mêmes le glucose ; mais il résulte de fort nombreuses expériences de circulation artificielle dans une patte de chien, que M. Barral et moi avons faites, qu'ils en détruisent davantage quand le sang est riche en ferment glycolitique. Ce dernier jouerait le même rôle que jouent, dans les combinaisons chimiques, la chaleur, l'électricité, etc. C'est ainsi que se comportent les ferments solubles que nous connaissons déjà.

Le pancréas est-il la source exclusive du ferment glycolitique? Il faut à cette question répondre par la négative, car après son ablation le sang possède encore un certain pouvoir glycolitique. Il n'est pas inadmissible que certaines glandes intestinales aient une action accessoire ou vicariante ; mais ce qui prouve le rôle prépondérant du pancréas, c'est le fait incontestable que l'ablation totale de cette glande chez le chien est infailliblement suivie de diabète (Mering et Minkowski) et que la conservation d'un dixième environ l'empêche. — Il faut aussi ne pas perdre de vue les résultats d'un grand nombre d'autopsies chez l'homme.

V

M. Lancereaux, un de ceux qui, dans ces derniers temps, ont fixé l'attention sur les lésions du pancréas dans le diabète, a pensé que ces lésions caractérisent le diabète

maigre, tandis que le diabète gras en serait indépendant. Je ne crois pas que cette distinction soit très rigoureuse, bien qu'elle s'appuie sur un certain nombre de faits.

J'ai trouvé le pancréas altéré dans des cas de diabète gras, et j'ai vu des diabètes maigres, sans lésions même histologiques du pancréas. Le dernier cas que vous avez observé est précisément un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme de 40 ans devenu diabétique peu après un accident de voiture. Très émacié (son poids n'atteignait pas 50 kilogrammes), il avait une polyurie et une glycosurie abondantes. Il a succombé après quelques jours d'un état demi-comateux, et à l'autopsie aucune lésion viscérale notable n'a pu être constatée : le foie était sensiblement normal, ainsi que le pancréas. Ces organes ont été soumis à un examen microscopique minutieux qui a été contrôlé par M. Renaut. Mon savant collègue m'autorise à déclarer qu'il n'y a rien trouvé qui mérite d'être mentionné. Nous n'y avons, notamment, pas observé la sclérose intra-acineuse, qui a été récemment décrite par MM. Lannois et Lemoine, dans quatre cas.

Je reconnais, d'ailleurs, qu'il ne faut pas se presser d'affirmer l'intégrité d'un pancréas d'après le seul examen à l'œil nu, et, l'an dernier, j'ai précisément, dans un cas de ce genre, trouvé, avec M. Ch. Audry, une sclérose péri-acineuse, confirmée par M. Renaut. Mais dans d'autres cas de diabète, même maigre, il n'y a réellement pas de sclérose du pancréas. Il est vrai qu'il peut exister, sans que nous soyons en état de la constater, une lésion parenchymateuse; car il ne faut pas perdre de vue que les cellules du pancréas s'altèrent suffisamment par auto-digestion après la mort, pour rendre impossible la constatation de lésions cellulaires même importantes. La question est donc réservée. Enfin, en l'absence de lésions visibles, il n'est pas impossible que des troubles fonctionnels, vasculaires ou autres, de la glande diminuent ou empêchent la résorption du ferment glycolitique; mais nous sommes ici dans le domaine de l'hypothèse. Pour rester sur le terrain des faits, il faut seulement retenir l'énorme diminution du ferment glycolitique dans le sang, que nous avons constatée, comme on l'a vu plus haut, chez tous nos diabétiques.

VI

De cette énorme diminution du ferment glycolitique chez le diabétique, on doit naturellement conclure que, chez ces malades, la destruction du sucre est fort diminuée, ainsi que l'avaient admis, mais sans preuves suffisantes, les auteurs d'un certain nombre de théories. Cette conséquence est forcée, et il est impossible de s'y soustraire. Mais ce n'est pas à dire que chez certains diabétiques il n'y ait pas hyperproduction du sucre. L'élimination du sucre par l'urine, chez certains d'entre eux, est tellement considérable, qu'elle paraît évidemment dépasser la production normale. Un autre argument, témoignant également en faveur de l'hyperproduction, se tire de l'action favorable de l'opium connue depuis longtemps ou de l'antipyrine signalée par M. Sée, médicaments qui enraient à la fois la destruction du sucre et sa formation. Si, dans certains diabètes, l'hyperproduction n'était pas un élément important de la maladie, de tels médicaments seraient toujours nuisibles.

En tout cas, il ne faut pas perdre de vue que, à en juger par mes cinq cas, la diminution du ferment glycolitique est constante dans le diabète, tandis que l'hyperproduction du sucre est un élément qui paraît contingent, bien que fort important. J'ai récemment émis l'hypothèse que, dans certains cas au moins, cette hyperproduction pourrait être secondaire, et j'ai essayé de le faire comprendre par la comparaison suivante : Supposons un homme se trouve dans une chambre dont le poêle ne tire pas. S'il est inintelligent, il pourra le bourrer encore de charbon; de même dans le diabète où le glucose ne se brûle pas suffisamment dans les tissus, faute de ferment, le centre nerveux qui préside aux combustions peut répondre à la sensation de combustions incomplètes que lui transmettent les tissus par une excitation du foie qui exagère la formation du glucose. C'est là une simple vue de l'esprit, mais elle ne manque pas d'une base physiologique.

En résumé, la pathogénie du diabète est une question que l'observation médicale seule était impuissante à expliquer; les résultats des autopsies attiraient bien l'attention sur le pancréas, mais il a fallu l'expérience de Mering et de Minkowski pour la fixer sur cet organe. La découverte du ferment glycolitique est une étape dans une voie où bien des trouvailles restent encore à faire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Terrier lit un rapport sur des observations de *plaies pénétrantes de l'abdomen* par un instrument tranchant, envoyées par MM. Boiffin et Broca.

La première observation de M. Boiffin se rapporte à un homme qui entra à l'hôpital de Nantes le ventre ouvert par un instrument tranchant; une portion d'intestin longue de 20 centimètres s'échappait par l'ouverture. L'anse intestinale présentait quatre perforations et des matières fécales souillaient la plaie. On fit la suture des perforations; la plaie débridée permit de rentrer l'intestin et les parois du ventre furent fermées; le malade guérit rapidement.

Dans le second cas, il s'agit d'un alcoolique, âgé de 43 ans, qui avait une plaie de la paroi abdominale, à 3 centimètres à gauche de l'ombilic, et une plaie de la trachée. La laparotomie permit d'évacuer un épanchement considérable de sang qui s'était fait dans la cavité abdominale, et montra une double perforation de l'intestin près du bord adhérent; le mésentère et l'épiploon étaient aussi atteints. Les plaies furent suturées par la suture de Lembert, et la plaie de la paroi fermée par des fils d'argent. On dut faire une injection sous-cutanée de sérum artificiel, tellement le malade était affaibli. Tout alla bien d'abord, mais, le cinquième jour, deux des fils cédèrent et l'intestin se hernia en même temps qu'apparurent des symptômes de péritonite. Malgré un lavage du péritoine à l'eau bouillie, le malade mourut.

M. Terrier a vu aussi céder les fils d'argent de la suture abdominale. Quand le pansement est bien aseptique, cet accident n'est pas suivi de complications, et il n'est pas nécessaire de désunir la plaie entièrement. Le lavage n'est pas nécessaire dans la péritonite. Cependant, si on veut l'employer, le mieux est d'avoir recours à la solution de chlorure de sodium à 7 1/2 p. 100 qui altère le moins les éléments anatomiques.

L'observation de M. Broca a trait à un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le ventre et qui fut examiné une heure après l'accident. Il n'y avait pas de hernie intestinale ni épiploïque, pas d'écoulement de gaz ni de liquide. Cependant, M. Broca, s'étan assuré que la plaie était pénétrante, fit la laparotomie exploratrice et examina avec le plus grand soin l'intestin. Ce dernier ne présentant aucune blessure, il nettoya le péritoine et draina la plaie abdominale qui avait pu être infectée par le couteau. Le malade guérit sans incident.

M. Terrier est absolument partisan de cette manière d'agir. Pour lui, du moment que l'on est sûr de l'asepsie, il faut explorer l'abdomen avant le développement des complications; il faut opérer de suite, sans attendre un instant. Du reste, les nombreuses observations que l'on a pu recueillir sont toutes favorables à cette manière de faire, qui tend de plus en plus à être rejetée en France.

M. Berger a observé aussi un cas de désunion de la paroi dans une plaie pénétrante de l'abdomen. Cette désunion se produit par suite de météorisme dû à la péritonite. Chez son malade, la guérison s'est produite malgré l'ouverture de toute la plaie; il est vrai que la péritonite fut alors drainée naturellement. Quant au lavage, il est inutile quand on le fait sur toute la cavité péritonite, car alors il est toujours insuffisant. Il faut nettoyer le plus rapidement possible chaque anse intestinale, à mesure qu'on l'examine. Une fois la péritonite développée, les lavages ne servent plus à rien, et M. Berger a perdu tous les malades auxquels it les a fait.

L'auteur pense toujours que la laparotomie n'est indiquée que s'il y a des phénomènes de péritonite commençante : changement dans l'état général, sensibilité du ventre, etc. Du reste, même dans ces cas, la guérison peut survenir sans que l'on y ait recours.

M. Pozzi partage, au contraire, l'avis de M. Terrier et préconise la laparotomie précoce qui est alors exploratrice. On ne doit pas hésiter si l'on a quelque raison de supposer une blessure des viscères.

Les lavages du péritoine doivent être faits avec une grande prudence. En effet, la desquamation de l'épithélium de la séreuse se fait très facilement. La solution de chlorure de sodium n'est pas mauvaise, mais il faut repousser tous les liquides antiseptiques un peu forts. L'asepsie est préférable à l'antisepsie.

Il faut être très minutieux dans la confection des sutures intestinales. La suture de Lembert est insuffisante. On doit d'abord faire un premier plan de sutures qui réunira les muqueuses et ensuite réunir la séreuse par dessus. La soie est préférable au catgut et on se servira d'aiguilles très fines. Enfin, plus y aura de points de suture, mieux cela vaudra.

Dans un cas, M. Pozzi a fait trois laparotomies successives et les sutures de l'intestin ont parfaitement tenu.

M. Reclus est partisan de la conduite que préconise M. Berger. Il a eu à traiter six cas de plaie pénétrante de l'abdomen dans lesquels il y avait certainement pénétration. Cinq cas n'ont pas été laparotomisés et ont guéri; dans le sixième cas, l'opération a été faite et le malade est mort. Les dangers de l'infection ne sont pas les seuls dans la laparotomie; et, à New-York, où l'on opère toujours, la mortalité est considérable.

Pour M. Lucas-Championnière, du moment qu'il y a possibilité de lésions intestinales, on doit faire la laparotomie. Du reste, il faut bien distinguer, au point de vue de la gravité, les cas où l'on se borne à une simple incision exploratrice, de ceux dans lesquels on manœuvre dans l'abdomen. Ces derniers sont naturellement beaucoup plus graves.

Les lavages sont utiles pour évacuer du sang ou des caillots. En dehors de cette circonstance, ils sont plutôt nuisibles, car ils peuvent intoxiquer les malades, ne remplir qu'imparfaitement leur office. Les antiseptiques sont moins dangereux qu'on ne le dit pour la séreuse péritonéale.

Il y a des sutures préférables à celles de Lembert. Mais plusieurs plans de sutures sont difficiles à appliquer sur l'intestin grêle, et il peut se produire une déchirure fort dangereuse.

M. Reclus considère que, comme la laparotomie peut être grave, il ne faut s'y résoudre que quand on ne peut faire autrement.

M. Berger insiste sur les difficultés du diagnostic de la pénétration. La laparotomie est si bien une opération sérieuse que l'on ne doit s'y décider qu'à bon escient.

M. Terrier pense qu'il est assez facile de reconnaître la pénétration en se servant d'un stylet aseptique ou du doigt; du moment que l'on pénètre dans le ventre, c'est que la paroi est perforée.

Les chirurgiens se partagent en deux groupes. Les uns, et M. Terrier est de ce nombre, préconisent l'intervention. Si l'on ne trouve rien, on en est quitte pour refermer le ventre. S'il y a plaie de l'intestin, plaie artérielle, il faut pouvoir intervenir. On a dit que l'on pouvait s'abstenir et attendre la guérison de la nature; c'est là une très mauvaise pratique.

Lorsqu'une plaie est infectée, il ne faut pas proscrire les lavages avec les antiseptiques.

— M. Le Dentu a essayé de traiter un certain nombre de cancers par la *pyoktanine.* Le remède a été employé soit en badigeonnages, soit en injections localement; les proportions étaient de 1 à 3 p. 100. Sur 5 cas d'épithélioma des lèvres, de la langue, des ganglions sous-maxillaires, il n'y a eu que des insuccès.

M. Richelot a traité aussi des cancéreux par les injections de pyoktanine. Dans un cas, il s'agissait d'un épithélioma de la joue, dans l'autre, d'une tumeur de même nature du maxillaire inférieur; les injections n'ont produit aucune amélioration et un des malades est mort de sa tumeur qui s'est accrue rapidement de volume. Un cancer du rein n'a pas été modifié. Un ostéo-sarcome du bassin a diminué de volume en même temps qu'une fistule laissait écouler des détritus colorés en violet; mais la malade s'est cachectisée peu à peu.

Dans deux cas, M. Reclus n'a eu que de mauvais résultats avec le médicament même

qui a servi à Vienne. Une des tumeurs injectées a été examinée au microscope et n'était pas véritablement imprégnée.

M. Bazy a échoué avec la pyoktanine dans un cas de cancer inopérable et dans une blennorrhagie qui a été exaspérée.

— M. Nicaise présente un malade qu'il a opéré d'un *genu valgum* par l'ostéoclasie avec un plein succès.

— M. Berger montre un homme auquel il a fait la *suture de l'olécrâne* pour fracture.

— M. Bazy a fait l'*arthrectomie* pour tuberculose de la synoviale du genou; les os étaient intacts.

— M. Reynier montre un pédicule de salpingectomie qui comprenait la paroi d'une anse intestinale.

FORMULAIRE

Topique contre la phthisie laryngée.

Chlorhydrate de cocaïne............	0 gr. 50 à 1 gramme.
Glycérine pure....................	2 grammes.
Eau distillée.....................	5 —

Faites dissoudre. — Avec un pinceau recourbé, imbibé de cette solution, on badigeonne la région épiglottique et arythéno-épiglottique, et on obtient, au bout de quelques minutes, une anesthésie suffisante pour que le malade puisse prendre son repas sans trop souffrir. — N. G.

COURRIER

Concours du Bureau central. — Le concours pour trois places de médecins du Bureau central s'est terminé vendredi dernier. Ont été nommés MM. Albert Mathieu, Delpeuch et Lermoyez, à qui nous adressons nos vives félicitations.

— Par décret, en date du 28 avril 1891, sont nommés près la Faculté de médecine de Lille :

M. Schmitt, agrégé, professeur de thérapeutique et matière médicale;

M. Baraban, agrégé, professeur d'histologie.

— MM. les médecins-majors de première classe Delmas, Baudot et Landriceu sont promus au grade de commandeur du Nicham-Iftikhar.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vinsac, Charier, Troy, Namin, Prat, Coquand, Frilet, Stroebel, Guérard, Pailloz, Delorme, M. Robin, médecin aide-major de première classe, et M. Peyrat, médecin aide-major de réserve, sont promus au grade d'officier du Nicham-Iftikhar.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rochette (de Paris), médecin inspecteur des écoles.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Des résultats éloignés de l'ablation des annexes (1)

Par L.-G. RICHELOT.

VI. *Pyosalpinx et ovarites suppurées.* — C'est ici que se concentre toute la gravité des laparotomies faites pour enlever les annexes. Les adhérences du kyste purulent aux parois pelviennes et surtout à l'intestin, la vascularité de certaines adhérences, la rupture fréquente de la poche et l'effusion du pus dans le péritoine, l'infection de la séreuse par certains contenus très virulents, infection que ne peut toujours prévenir le lavage à l'eau bouillie, enfin le collapsus que détermine une opération d'assez longue durée chez une femme affaiblie et déjà septicémique, telles sont les causes qui nous font échouer dans des cas rares, il est vrai, mais encore bien cruels.

En revanche, les succès paraissent ici plus brillants que jamais, étant donné l'état lamentable ou menaçant dans lequel se trouvent habituellement les malades. Ce sont bien des femmes auxquelles « on sauve la vie », et cela, le plus souvent, sans qu'il reste aucune trace de leurs maux. Sur vingt-sept, j'en puis citer une quinzaine chez qui la guérison pure et simple n'a pas fait un pli, tantôt après une double énucléation de poches purulentes plus ou moins développées, tantôt après une castration unilatérale, les annexes les moins malades ayant été laissées dans le ventre pour cause d'adhérence excessive ou pour ne pas prolonger l'acte opératoire. Parmi celles qui ont eu des suites, je citerai un empâtement douloureux autour d'un pédicule, n'ayant cédé qu'après plusieurs mois; des nerveuses ayant quelques pertes ou accusant des douleurs vagues, une surtout qui se plaint vivement après un an et demi, malgré le retour complet des organes pelviens à leur souplesse et à leur attitude normales.

L'extirpation totale des organes malades est le but à poursuivre; mais elle n'est pas toujours possible. Une femme de 42 ans, drainée seulement par la voie sus-pubienne, se lève au bout d'un mois et, dès le premier jour, va dîner aux Halles avec ses amies; quelques mois plus tard, elle est prise d'une poussée aiguë dans son ancien foyer, avec menace de suppuration. Chez une autre, l'incision me conduit sur des adhérences intestinales très serrées devant lesquelles je m'arrête pour ouvrir et drainer par le vagin; prompte guérison; mais, six mois plus tard, survient une poussée douloureuse au niveau d'une petite induration persistant au bord droit de l'uté-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

rus. Une troisième, enfin, opérée aussi par l'incision vaginale après une laparotomie restée exploratrice, paraît guérie sans retour; mais elle n'est opérée que depuis cinq mois.

Voilà des cas heureux, bien qu'ayant fait naître quelques arrière-pensées. Mais il arrive aussi qu'en présence de poches purulentes multiples, perdues au milieu d'un magma d'adhérences intestinales, on fait une opération très incomplète et un drainage insuffisant. Quelquefois même, il faut s'arrêter sans avoir rien fait; car, si on continue, souvent on ne trouve pas les annexes ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégâts à travers ce *processus fibreux* qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est vraiment périlleuse. Aussi, avons-nous accueilli avec faveur, au moins pour les cas les plus graves, l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations péri-utérines (Péan, Segond), opération qui fait un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, assure leur drainage et favorise leur oblitération. Bien que laissant en place les organes malades ou leurs lambeaux, peut-être les ouvre-t-elle avec plus de sécurité immédiate et dans de meilleures conditions pour l'avenir? L'étude non encore faite des résultats éloignés nous donnera la solution de ce problème.

VII. *Fibromes utérins.* — La castration ovarienne pour fibromes utérins m'a donné des résultats entièrement satisfaisants.

Sur une quinzaine de malades, il faut en excepter deux. La première fut opérée, par erreur de diagnostic, pour des fibromes sous-péritonéaux sortis de la paroi utérine; elle continua à souffrir et ne vit pas diminuer ses tumeurs; mais, plus tard, elle fut guérie par l'hystérectomie. Chez la seconde, profondément cachectique, je fis l'incision abdominale pour une ascite énorme et trouvai une tumeur absolument adhérente, enclavée et paraissant tenir à la face postérieure de l'utérus; je fis l'ablation des ovaires pour tenter quelque chose; la malade retourna à Parthenay sans ascite, mais toujours bien faible, et succomba au bout de deux mois.

Dans tous les autres cas, j'ai obtenu la suppression des douleurs, la ménopause parfaite et, de plus, une atrophie des fibromes que je ne puis apprécier exactement chez les plus récentes, mais dont j'ai publié un exemple frappant (1).

J'admets donc que cette opération est excellente pour les fibromes interstitiels de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques ou évoluant avec rapidité. J'ai donné, dans le travail que je viens de citer, les raisons qui me font préférer pour d'autres cas l'hystérectomie abdominale, et qui m'empêchent de la considérer aujourd'hui comme une opération très dangereuse et qu'on doit éviter à tout prix.

VIII. *Névralgies. — Hystérie vraie.* — Je termine par le côté le plus délicat et le plus dangereux de la question, et je supplie mes confrères de ne pas aller, sur ce chapitre, au-delà de ma pensée.

J'ai obtenu quelques résultats excellents, par la castration double ou unilatérale, dans les *névralgies pures*.

Entendons-nous bien. Je ne parle plus ici de ces malades auxquelles j'ai

(1) L.-G. Richelot : *L'Electricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie.* Lecrosnier et Babé, 1890.

fait allusion en commençant, qui ont de l'entéroptose et des points névralgiques, qui se plaignent de leurs ovaires et de bien d'autres choses, et auxquelles on fait la castration soit un peu légèrement et dans l'espoir de trouver des lésions pelviennes, soit avec l'idée théorique de modifier le système nerveux par la suppression des ovaires. On trouve des lésions anatomiques insignifiantes, telles qu'on en trouverait, sans doute, chez beaucoup de femmes bien portantes; les malades continuent à souffrir. Voilà, pour une bonne part, les cas observés par les médecins qui nous disent avec scepticisme : « Êtes-vous bien sûr que la castration guérit les douleurs? »

Il ne s'agit pas non plus de la maladie scléro-kystique des ovaires, dont les douleurs semblent hors de proportion avec la petitesse des lésions anatomiques. On pouvait jadis méconnaître la lésion et parler de névralgie ovarienne. Aujourd'hui, c'est différent : il y a là, non des troubles nerveux *sine materia*, mais une affection locale déterminée, bien que les grands symptômes en soient assez difficiles à comprendre. Exemple : on m'amène une jeune fille de 20 ans, vierge, ayant depuis la puberté des douleurs ovariennes continues; aucune attaque de nerfs, rien que la douleur accompagnée de règles abondantes et prolongées. Tous les traitements médicaux ayant échoué, on me demande une opération radicale; je refuse, et comme il y a du catarrhe utérin, je tente la dilatation et le curage. Aucun soulagement; mais, n'ayant pu constater la moindre lésion des annexes, persuadé que j'ai affaire à une névropathe, et ne voulant pas du tout sacrifier des ovaires de vingt ans à la recherche d'une guérison plus que douteuse, je refuse toujours d'aller plus loin. Quelque temps se passe, on revient à la charge; la fille se plaignant encore davantage, et la mère me priant avec elle, je finis par consentir à une laparotomie, sans savoir l'issue que je lui donnerais. L'opération est toute récente (26 mars) : j'ai enlevé deux ovaires absolument dégénérés, bourrés de petits kystes et sans un atome de tissu normal; fonction abolie, intervention légitime. Ainsi, cette douleur à forme névralgique, intense et continue, correspondait à une lésion matérielle, dont la suppression a toutes chances d'amener, comme dans les faits analogues cités au début de ce travail, une guérison complète.

Les cas dont je veux maintenant vous entretenir sont tout différents; il ne s'agit plus de troubles vagues et mal déterminés avec des tissus à peu près normaux, ni de douleurs bien caractérisées avec un substratum matériel; il s'agit de névralgies fixes, violentes, à exacerbations, ayant pour siège des organes parfaitement sains.

Une femme de 35 ans souffre cruellement et depuis neuf années au niveau de l'ovaire gauche; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, aucune tuméfaction; l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilatérale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré qu'à un ovaire sain. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérence, et dont la coupe nous montre un tissu

normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui maintenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins la douleur fut supprimée comme par enchantement; depuis l'opération, qui remonte à huit mois, il n'y a plus à gauche aucune sensation pénible. Malheureusement, les règles viennent encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repens d'avoir épargné l'autre ovaire; mais la névralgie rebelle n'en est pas moins radicalement guérie. Donc, il ne faut pas dire, d'une manière absolue, que les phénomènes nerveux — j'entends les phénomènes nerveux localisés — ne sont jamais modifiés par l'ablation d'ovaires sains.

J'ai une opérée plus étonnante que celle-ci; c'est une femme de 28 ans, malade depuis cinq ans à la suite d'une couche; pertes blanches et ménorrhagies, douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sent pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveille à gauche une très vive sensibilité. Laparotomie le 22 octobre 1890 : je trouve un ovaire droit un peu gros, sans adhérences, et une trompe normale; après ablation, j'arrive à découvrir dans le tissu ovarien deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien : petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les réintègre dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir; la malade fut guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avignon, c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris; on vint la chercher à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible, et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de cinq ans et sans aucune lésion matérielle.

Parlerai-je encore de cette malade que j'ai eue jadis à l'hôpital Bichat, qui avait déjà subi plusieurs opérations : curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes incessantes, et qui souffrait toujours? Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni lésion des annexes, et sa douleur n'avait aucune localisation précise. Il me sembla que la castration ovarienne pourrait être insuffisante contre cette névralgie pelvienne *sine materia*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait; les organes étaient sains et mobiles; la malade, remise sur pieds, eut quelques retours de douleurs, à intervalles éloignés, ce qui ne l'empêchait pas d'exercer son métier d'infirmière; puis toute souffrance disparut, elle retourna dans son pays, et récemment elle m'écrivait pour me dire que sa santé était parfaite et me demander la permission de se marier (1).

Enfin j'oserai, bien que la hardiesse soit grande, citer un exemple d'*hystérie vraie*, sans lésions ni douleurs ovariennes, modifiée très heureusement par la castration. Je ne l'ignore pas, c'est un fait en contradiction formelle avec l'opinion des hommes les plus autorisés, opinion que je

(1) Doléris, dans un mémoire des *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, t. V, 1890, p. 59, reproduit ce fait et affirme, sur des renseignements incomplets, que la malade est restée aussi névropathe qu'avant l'opération.

partage et contre laquelle je suis loin de m'élever : l'ablation des ovaires, essayée plus d'une fois contre l'hystérie, n'a produit généralement aucun résultat. Il faut cependant bien reconnaître que, dans ce cas, elle en a produit. Bouilly, qui a fait une fois l'opération sur les instances de la malade et de son médecin, déclare (*loc. cit.*) qu'il ne veut pas renouveler cette tentative. Pour moi, n'allez pas croire que je cherche à la renouveler; je me borne à citer mon observation.

C'était une jeune fille de 17 ans, grande hystérique. Antécédents névropathiques dans la famille; une sœur hystéro-épileptique à la Salpêtrière. Jusqu'à 12 ans, elle urinait au lit; à 14 ans, hémi-anesthésie avec paralysie de tout le côté droit, soignée à l'hôpital Saint-Joseph; habitudes d'onanisme; grandes attaques d'hystéro-épilepsie, avec morsure de la langue, jusqu'au mois d'août 1889. Depuis cette époque, les grandes attaques ont cessé pour faire place à la tristesse et aux idées noires; plusieurs tentatives de suicide. Vous voyez que rien ne manque au tableau.

Dernièrement, à l'hôpital Lariboisière, en présence de l'intensité des symptômes, un de nos collègues émet l'idée qu'on pourrait recourir à l'opération de Battey. C'est alors qu'on me l'envoie à l'hôpital Tenon, en me priant de l'examiner et d'agir au besoin.

J'ai fait l'opération sans scrupules, je l'avoue, car c'était un de ces cas où vraiment il n'y a rien à perdre, mais aussi avec un grand scepticisme. Aussi quel ne fut pas mon étonnement, quand j'assistai aux suites de mon intervention. Opérée le 18 janvier 1890, la jeune fille vint me revoir à la fin de mars : elle était calme, gaie, bien portante, elle n'avait ni attaques de nerfs ni idées tristes ou folles; aucune menstruation; la sensation de boule, qui avait duré en s'atténuant, était elle-même disparue. Elle travaille aujourd'hui dans un couvent, tranquille et sérieuse; personne ne la considère comme une malade.

C'est une intermission, me direz-vous; l'hystérie sommeille, mais elle se réveillera. Tout ce que vous voudrez, je l'accorde; mais l'influence directe et immédiate de l'opération n'en est pas moins certaine. Vous me direz encore : toute autre intervention, un simulacre opératoire l'aurait aussi bien guérie. Notez cependant qu'elle ne souffrait pas des ovaires, ne me demandait pas de les enlever, n'avait aucune idée fixe; il me semble que la suggestion n'a pas dû jouer là un grand rôle.

Et maintenant, je le répète, j'ai sur la question l'opinion que vous avez tous. Je prie en grâce mes collègues de ne pas me faire dire que l'ablation d'ovaires sains est une opération courante et souvent justifiée, ni que la castration ovarienne est un traitement normal de l'hystérie.

Arrivé à la fin de ce travail, je suis effrayé de la quantité de matériaux au milieu desquels j'ai dû chercher à me débrouiller, et du nombre de points intéressants que j'ai forcément laissés dans l'ombre. Mais, de même que je n'ai pas tout observé, je ne pouvais avoir la prétention de tout dire, et je me suis résigné à ne mettre en lumière que les faits qui m'ont le plus frappé.

En vous montrant que les malades guérissent aussi bien après le traitement des petites lésions qu'après celui des plus graves, à la condition qu'il ne s'agisse pas de lésions trop petites pour justifier l'acte opératoire, je vous ai signalé le rôle qui revient à l'attention scrupuleuse et à la conscience du chirurgien dans le jugement de ces questions délicates et dans

le choix d'une ligne de conduite; et ainsi je me suis donné le droit de chanter à mon tour la louange de ces opérations modernes que beaucoup de médecins trouvent encore trop hardies, mais qui, tout compte fait, ne demandent de véritable hardiesse que dans les cas où un mal menaçant les impose.

Nouveau cas d'hémichorée saturnine

Observé par le docteur Emile GIRAT, de Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre).

J'ai eu l'occasion d'observer dernièrement une manifestation très rare de saturnisme cérébro-spinal sans coliques antérieures et sans paralysie. Bien que des cas semblables aient été déjà signalés, notamment par MM. Lewis, Manouvriez, Raymond, je crois devoir publier le cas que j'ai observé, en raison même de sa rareté et de son mode de début subit.

Ch. N..., 50 ans, mécanicien, a souvent l'occasion d'employer le minium pour peindre du fer ou de le manier pour boucher les joints des tôles des machines qu'il répare.

A eu le vomito negro à 22 ans, en 1862, à la Vera-Cruz; pas de syphilis. Jouit d'une bonne santé générale. Se plaint seulement d'un peu de constipation habituelle. A, en outre, depuis deux ou trois ans, un liseré saturnin des gencives qui, il y a deux ans, saignaient facilement. Cette homme a été atteint, vers la fin de février, d'un panaris du pouce gauche qui, *sans l'empêcher de travailler*, le gênait beaucoup, *surtout pour se laver les mains.*

Dans la nuit du *26 au 27 mars 1891*, Ch. N..., qui s'était couché bien portant, a été pris subitement de fourmillements et de crampes, d'abord dans la jambe, puis dans le bras droit, et, presque en même temps, de mouvements désordonnés, localisés dans les mêmes membres.

Appelé à le voir au milieu de la nuit, je constate que les membres droits sont, en effet, le siège de secousses extrêmement violentes contre lesquelles la volonté du malade, dont l'intelligence est intacte, reste impuissante. Il n'y a pas de fièvre ni de paralysie. La sensibilité est normale, peut-être même un peu exaltée à droite. Rien du côté des extenseurs, qui ne me paraissent ni paralysés ni même affaiblis. La langue est un peu blanchâtre; l'haleine est horriblement fétide; le ventre est très peu douloureux, mais n'est pas rétracté. Il y a de la constipation; urines peu abondantes; pas d'albuminurie; facies un peu grippé ; voix affaiblie.

Traitement : potion calmante (bromure, chloral, éther) et lavement purgatif.

Dès le matin, *27 mars*, les secousses musculaires sont moins violentes, mais elles continuent toute la journée. Ce sont des convulsions cloniques dont l'intensité, tout en allant en diminuant à partir du début, augmente parfois subitement, sans cause appréciable et non à l'occasion de mouvements voulus.

Le malade se plaint, en outre, de douleurs dans le ventre bien plus violentes que pendant la nuit ; il vomit de la bile à plusieurs reprises et a des nausées continuelles ; l'haleine est toujours très fétide. Le ventre est un peu dur, surtout à droite. Il semble qu'il y ait des contractions spasmodiques des muscles abdominaux droits, coïncidant avec les convulsions cloniques des membres droits.

Le malade prend un vomitif, et, deux heures après, de l'huile de ricin dont il vomit une partie et qui ne produit pas d'effet.

Le soir, nouveau lavement purgatif amenant des selles abondantes. *A ce moment, huit heures du soir, 27 mars*, les convulsions sont bien moins violentes; elles persistent, néanmoins, surtout dans le bras droit. Il y a moins de douleurs dans le ventre, qui est plus souple; il n'y a toujours pas de fièvre, mais la soif est vive et le pouls fréquent; figure rouge. Le malade se sent mieux, quoique très faible.

Le lendemain, 28 mars, mieux considérable; la jambe repose tranquillement sur le it, le bras aussi. J'observe seulement, de temps en temps, de petites secousses dans

l'avant-bras et les doigts, mais ces contractions musculaires sont insuffisantes pour soulever le bras en entier. Les vomissements et les nausées ont cessé; le ventre n'est plus douloureux, mais le malade continue à cracher continuellement des crachats épais et colorés par de la bile; urines claires, abondantes; face moins rouge. La soif est toujours vive et l'inappétence absolue.

Je mets d'ailleurs le malade à la diète et il guérit complètement en deux ou trois jours.

REVUE DES CLINIQUES

Zona ophthalmique, par M. le professeur Duplay (1). — Au n° 39 de la salle Trélat est couché, depuis deux jours, un homme de 39 ans, employé de commerce qui, dix jours avant son entrée à l'hôpital, fut pris de légères épistaxis. La veille de son entrée, ces épistaxis se répétèrent en prenant un caractère de gravité tel, par leur abondance, qu'on nous l'amena et qu'il fut reçu d'urgence.

Il a dû perdre une énorme quantité de sang, si on en juge par sa pâleur, et par ce fait que le sang coulait de sa narine gauche presque à jet continu. L'interne de garde a pu faire le tamponnement des fosses nasales. L'hémorrhagie s'est arrêtée. C'est alors que nous l'avons examiné.

L'étiologie des épistaxis en général, en écartant celles d'origine traumatique, peut se résumer ainsi : elles sont ou bien de causes locales, ou bien de causes générales.

Parmi les causes locales, il faut citer les ulcérations en général, donnant lieu à des épistaxis peu abondantes, sortes d'écoulements sanguinolents, de filets de sang, à des saignottements en un mot.

Les tumeurs malignes : sarcomes, carcinomes, épithéliomes, certaines tumeurs bénignes, les angiomes, provoquent des épistaxis rebelles, parfois très abondantes et de là très graves.

Chez notre malade, nous n'avons trouvé aucune de ces causes locales.

Quant aux causes générales, notre examen a été tout aussi négatif. Cet homme n'est pas hémophile, sa glande hépatique est en bon état, son cœur, ses poumons n'offrent rien d'anormal.

En l'examinant, nous avons été frappé de la présence de quelques croûtes, limitées à la moitié gauche de son front; croûtes brunâtres, disséminées, ne dépassant pas la ligne médiane. Indépendamment de ces croûtes, il existe au-dessous une teinte brunâtre qu'elles recouvrent, qu'on aurait pu d'abord considérer comme tenant à de la saleté, mais qui, résistant au lavage, s'arrêtait net sur la ligne médiane.

Le malade nous raconte qu'il y a huit à dix jours il a eu une éruption occupant le siège qu'on lui voit aujourd'hui, empiétant toutefois sur la partie supérieure gauche du nez. Cette éruption, d'abord formée par des vésicules, s'est accompagnée de douleurs vives, de tiraillements, de picotements limités à la même région, qui vont jusqu'à l'empêcher de dormir. Pour compléter cet examen, j'ajoute qu'il existe de l'anesthésie de la partie supérieure de la face (front et paupière supérieure), anesthésie portant sur les différentes espèces de sensibilité, de la douleur à la pression, au toucher et à la température. On n'a pas recherché, et c'est regrettable, si la température locale était modifiée.

L'œil est intact, mais il y a une légère chute de la paupière supérieure.

Cet ensemble symptomatique, éruption rapidement croûteuse et douleurs névralgiques s'arrêtant sur la ligne médiane et correspondant au territoire du nerf, nous indique que nous avons affaire, à n'en pas douter, à un zona ophthalmique.

Le zona ophthalmique se développe le plus souvent, comme son nom l'indique, sur le trajet de l'ophtalmique de Willis, bien que les deux autres branches de la cinquième paire puissent être aussi atteintes. C'est Hutchinson qui, en 1886, en donna une des-

(1) *Tribune médicale,* 1891.

cription très nette. En 1872, la thèse de Hybord, pour ne parler que des principaux travaux faits sur ce sujet, vient la compléter.

Les symptômes ordinaires du zona ophthalmique sont l'éruption et la douleur. Celle-ci, presque constante, accompagnée ou non de frissons et de fièvre, peut précéder l'éruption. Elle est lancinante, avec redoublements, comme les douleurs névralgiques en général. Ce peut être aussi une sensation de meurtrissure, de brûlure, ou de simple démangeaison.

Tantôt sourde, très tolérable, elle acquiert, dans certains cas, une acuité extrême, disparaissant avec l'éruption ou, au contraire, persistant plus ou moins longtemps après elle.

On rencontre quelquefois dans ces cas le phénomène de l'anesthésie douloureuse.

L'éruption débute d'abord par des plaques rouges oblongues, sur lesquelles apparaissent des vésicules distinctes du volume d'un grain de millet, le contenu en est clair, transparent. Au nombre de dix à douze sur une même plaque, elles peuvent, dans certains cas, être confluentes et se confondre, de manière à former une bulle.

Puis, le liquide se trouble, devient brunâtre et, au bout de cinq à six jours, la vésicule se rompt ou le liquide se résorbe, et il reste une croûte brunâtre qui finit par tomber, en laissant une trace de même teinte qui persiste quelque temps encore.

Cette éruption, qui peut s'accompagner d'un gonflement œdémateux, se dispose scrupuleusement sur le trajet des branches de l'ophthalmique de Willis.

La plus ordinairement prise est la branche frontale, puis, par ordre de fréquence, le rameau trochléaire, le rameau lacrymal.

Il arrive qu'au moment de l'éruption, on observe des symptômes spéciaux qui attirent l'attention du côté de la muqueuse nasale. On serait, dans ce cas, autorisé à croire que le nerf nasal participe à la lésion, bien que pourtant on puisse comprendre que, limitée à l'ophthalmique, la muqueuse puisse avoir été atteinte par l'intermédiaire du rameau ethmoïdal.

Il est probable que, dans notre cas, le nerf maxillaire supérieur est atteint, et que les épistaxis doivent être rapportées à un zona du nerf maxillaire supérieur, coïncidant avec celui de l'ophthalmique, bien que l'absence de tout autre symptôme sur le trajet du nerf et au niveau du trou sous-orbitaire ne permette pas de pouvoir l'affirmer.

Il existe, chez notre malade, des troubles du côté de la pituitaire, troubles ayant précédé de quelque temps l'éruption du zona. C'est une sécrétion exagérée et une production assez abondante de croûtes qui a donné lieu à un mouchage exagéré.

Il était intéressant de vous signaler ces hémorrhagies nasales graves dans le cours du zona ophthalmique, car jusqu'ici on n'en a pas parlé.

Ce ne sont pas les seuls accidents que l'on peut rencontrer dans le cours du zona. Les complications oculaires sont fréquentes; on les rencontre dans 67 p. 100 des cas selon les uns, dans 70 p. 100 selon les autres. Ce sont ou des ulcérations de la cornée, ou de l'iritis, ou de l'irido-choroïdite. Dans notre cas, l'œil n'est pas atteint.

Hutchinson avait établi que, toutes les fois que l'éruption occupe le territoire de la branche nasale, il y avait des lésions oculaires. Hybord a modifié cette loi en disant : Toutes les fois que le nerf nasal est très largement envahi, on doit craindre des complications oculaires. Dans ce cas, il y a un signe pronostique important, c'est le degré de sensibilité de la cornée. Cette sensibilité perdue ou atteinte, il faut craindre pour l'organe.

Plus rarement, on observe des paralysies musculaires. C'est le moteur oculaire commun et les muscles qu'il innerve qui sont frappés le plus ordinairement. Un ou deux muscles sont atteints à la fois, c'est le plus souvent le releveur de la paupière supérieure.

L'étiologie du zona est peu connue. L'âge, le sexe, les diathèses, parmi lesquelles l'arthritisme, ont été invoqués avec plus ou moins de raison. Besnier incrimine la syphilis, surtout pour expliquer le zona lombaire ou inguinal.

Dans les antécédents de notre homme, nous n'avons relevé qu'une fluxion de poitrine en 1882, mais nous avons trouvé sous la voûte du palais les traces d'une ulcération pro-

fonde qui, située en avant de la luette, la rejette en haut et la prolonge vers l'amygdale droite.

Cette cicatrice est-elle due à la syphilis tertiaire ou, au contraire, à la scrofule? Bien qu'il existe deux cicatrices à la jambe droite également sans caractère bien tranché, il est difficile de se prononcer.

Tout le monde admet aujourd'hui l'origine nerveuse du zona. On a constaté, sur les branches nerveuses des territoires atteints, des lésions de névrite. En 1871, Wis décrivait des altérations du ganglion de Gasser et les lésions de la névrite aiguë sur les branches du trijumeau. En 1875 Sattler, Leudet en 1887, trouvaient aussi des altérations du même ganglion.

Landouzy a voulu faire du zona une maladie infectieuse, mais cette théorie n'a pas été admise par le plus grand nombre.

En somme, le zona ophthalmique est une maladie peu grave s'il n'y a pas de complications : ulcérations et gangrènes des plaques, ulcérations de la cornée avec perte de l'œil, ou opacité après réparation, sutures irido-choroïdiennes allant jusqu'au glaucome, épistaxis abondantes, comme chez notre malade, persistance des névralgies.

Quant au traitement, il y a peu de chose à en dire. Il faut remplir deux indications qui se rapportent à l'éruption et à la douleur.

On doit éviter les topiques humides et gras qui favorisent la formation des ulcérations se guérissant difficilement et laissant après eux une cicatrice blanche gaufrée, indélébile. Il faudra vous borner aux topiques pulvérulents qui font croûte.

Pour calmer la douleur, vous aurez à votre disposition tous les moyens employés localement et généralement : les anesthésiques et la morphine.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de l'hygiène publique d'après ses applications dans différents pays d'Europe, par le docteur Albert Palmberg. — Paris, O. Doin, 1891.

Le docteur Palmberg a résumé tous les renseignements qu'il a recueillis sur l'organisation des services de l'hygiène en Angleterre, Belgique, France, Allemagne, Autriche, Suède et Finlande. Le pays où la mortalité est proportionnellement la plus faible est la Suède. Les mesures sanitaires spéciales qui peuvent expliquer cette prééminence dans la longévité sont l'obligation pour le médecin de déclarer les cas de maladies contagieuses ou transmissibles; l'isolement des malades; la désinfection de l'habitation, des vêtements, des langes, la vaccination obligatoire, etc.

L'auteur a étudié sur place toutes les organisations sanitaires qu'il décrit. La partie technique est laissée au second plan et fait l'objet de résumés scientifiques précédant chaque partie principale de l'hygiène publique comme : l'air, l'eau, les aliments, le sol, les maladies contagieuses. De plus, de semblables résumés accompagnent quelques grandes subdivisions comme : les lieux d'aisances, les égouts, les habitations ouvrières, l'hygiène industrielle et scolaire.

Le traité se termine par une étude sur la valeur sociale de l'hygiène publique. Les tableaux qu'elle contient sont éloquents dans leur aridité chiffrée.

Les figures qui accompagnent l'ouvrage sont ou officielles: Règlements-modèles du Local Government Board, égouts de Paris, de Bruxelles, ou émanant de constructeurs connus.

Ainsi que le dit M. Brouardel dans sa préface, il faut souhaiter que cet ouvrage, écrit par un ami dévoué des progrès hygiéniques, concoure à établir, entre les différents peuples, une noble émulation. Il devrait être lu par les médecins et les législateurs et éveiller l'opinion publique. M. le docteur Palmberg fait remarquer que la législation sanitaire de la France est bien arriérée. Le fait est vrai ; mais les lois doivent attendre leur heure, car elles n'ont d'action que quand leurs prescriptions existent déjà, même à l'état vague, dans l'esprit public. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Poirier;

2° Un pli cacheté sur une méthode de transformation prompte des fongosités tuberculeuses et des produits tuberculeux, déposé par M. Lannelongue (de Paris);

3° Une lettre de candidature de M. le docteur Julliard (de Genève);

4° Un travail intitulé : « Recherches sur l'influence des vins sur la digestion pepsique », par M. le docteur Hugounenq.

Rein calculeux renfermant des gaz. — M. Le Dentu présente un rein calculeux sonore, et dont les bosselures pressées donnent lieu à un gargouillement. Il y a dans la science un cas semblable de M. Lannelongue, qui se rapportait à un enfant de 8 ans. La dilatation kystique du rein contenait des gaz formés d'un mélange d'une quantité à peu près égale d'oxygène et d'hydrogène à une petite quantité d'acide carbonique. Il n'y avait pas d'hydrogène sulfuré, pas de communication avec l'intestin.

M. Guyon fait remarquer que, dans la pneumaturie, l'urine est purulente et contient du sucre.

Cependant, M. Le Dentu a soigné un malade pneumaturique, dont l'urine ne contenait ni sucre, ni pus.

Dépopulation de la France. — L'Académie adopte les conclusions suivantes :

L'Académie émet le vœu :

1° Que, dans chaque département, il soit établi au moins un asile, destiné à recevoir les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse; que toute femme, si elle le désire, puisse y être reçue dans des conditions qui assurent le secret absolu sur son entrée et son séjour dans cet établissement, et sur son accouchement; qu'il soit interdit de faire une enquête administrative sur le domicile et l'identité de toutes les femmes enceintes ou en couches qui sont hospitalisées; que des tours soient établis dans les départements, et que dans le même local soient réunis un tour et un bureau ouverts; que des secours soient accordés aux femmes ne pouvant, faute de ressources suffisantes, élever leur enfant.

2° Que la loi du 23 septembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout et que la loi soit obligatoire pour tous les départements.

3° Que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi.

4° En attendant que cette loi d'intérêt national ait été adoptée par le Parlement, l'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient encouragées et facilités, par tous les moyens possibles, en tous temps, et notamment toutes les fois que la nécessité d'y avoir recours aura été signalée aux pouvoirs municipaux par les conseils d'hygiène ou les médecins des épidémies, mais surtout lorsqu'apparaît une menace d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, la vaccination et la revaccination sont le plus sûr moyen d'en arrêter les progrès.

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans l'armée de mer.

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives.

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire,

soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans déplacement notable et sans frais.

8° Que les municipalités et à leur défaut les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toutes souillures.

La discussion d'un amendement de M. Le Fort et de la deuxième conclusion est renvoyée à une séance ultérieure. La dixième conclusion est repoussée (Réglementation de la prostitution).

— M. Barthe de Sandford fait une communication sur l'emploi des eaux thermales de Dax en dehors de cette station.

FORMULAIRE

Mixture contre la tuberculisation pulmonaire. — Potain.

Chlorure de sodium	10	grammes.
Bromure de sodium	5	—
Iodure de potassium	1	gramme.
Eau distillée	100	grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée à café, tous les matins, dans une tasse de lait, aux personnes atteintes de tuberculisation pulmonaire. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des ntermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 27 avril, sous la présidence de M. Bouchereau, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne.

Le *prix Esquirol*, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, a été, sur le rapport de M. Arnaud, décerné à M. Bonnet, interne de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine), pour son mémoire manuscrit intitulé : « Contribution à l'étude de la paralysie générale chez l'homme et plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis et l'alcoolisme. »

Le *prix Belhomme*, d'une valeur de 800 francs, avait pour sujet : « De la vision chez les idiots et les imbéciles. » Deux mémoires ont été envoyés. Sur le rapport de M. Pichon, le prix a été décerné à MM. Marie et Bonnet, internes des asiles de la Seine ; une mention honorable a été accordée à M. Armand Guibert, interne des hôpitaux.

Le *prix Aubanel*, de 2,500 francs, destiné au meilleur mémoire sur « la folie chez les vieillards », n'a pas été décerné. Sur le rapport de M. Collineau, une récompense de 1,200 francs a été attribuée à l'unique travail envoyé, dont les auteurs sont MM. Mabille, médecin directeur, et Lallemant, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Lafont, près La Rochelle.

La séance s'est terminée par la lecture faite par M. Ritti, secrétaire général, de l'éloge du docteur Achille Foville, inspecteur général des asiles d'aliénés et secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.

Tentative d'assassinat d'un médecin par un malade. — On nous écrit de Villefranche (Rhône) qu'une tentative d'assassinat a été commise hier sur le docteur Lassalle, médecin de l'hôpital, conseiller général du Rhône. Un individu nommé Fr. C..., furieux

d'avoir été renvoyé de l'hôpital, après guérison constatée, a attendu le docteur dans la rue et lui a tiré un coup de revolver presque à bout portant. Le docteur n'a pas été atteint. C... a été désarmé et conduit en prison. Il va être soumis à un examen médical, car on doute qu'il ait toutes ses facultés. (*Progrès méd.*)

Un exemple a suivre. — Une clause du testament de M. Cahours, membre de l'Académie des sciences et professeur à l'Ecole polytechnique, dont nous avons annoncé la mort, intéresse spécialement tous les jeunes gens qui s'adonnent aux études scientifiques. En voici la partie essentielle : « Dans le but d'encourager les jeunes travailleurs qui, faute de ressources suffisantes, se trouvent dans l'impuissance de terminer des travaux en cours d'exécution, je lègue à l'Académie des sciences, qui m'a fait l'honneur de m'admettre dans son sein, une somme de 100,000 francs. Je désire que les intérêts de cette somme soient distribués chaque année, à titre d'encouragement, à des jeunes gens qui se seront déjà fait connaître par quelques travaux et plus particulièrement par des recherches de chimie. »

Le testament renferme en plus des indications précises sur la façon dont l'Académie devra choisir les jeunes savants appelés à bénéficier du legs. Les intérêts de cette somme devront, suivant les dispositions du testament de M. Cahours, être employés par l'Académie à encourager un jeune savant sans fortune et s'étant déjà fait connaître par des travaux sérieux dans les diverses branches scientifiques et principalement en chimie. La commission chargée de décerner le prix sera composée de cinq membres, dont trois seront désignés parmi les membres de la section de chimie. Le prix pourra être attribué, si la commission le juge convenable, pendant plusieurs années à la même personne.

(*Progrès méd.*)

Faculté de médecine de Toulouse. — *Nomination des délégués au Conseil général des Facultés.* — Le corps enseignant de la Faculté de médecine s'est réuni, vendredi 10 avril, pour élire deux délégués au Conseil général des Facultés. Sur 22 votants, ont obtenu : M. Charpy, 19 voix; M. Labéda, 16; M. Chalot, 4; M. Mossé, 1; M. Tapie, 1; divers, 3. En conséquence MM. Charpy et Labéda ont été proclamés délégués.

On a remarqué avec surprise que ni la Société de médecine, ni le corps médical, ni la presse médicale n'avaient été invités à la petite fête de famille organisée par MM. Peroud et Caubet à l'occasion de l'inauguration de la Faculté de médecine de Toulouse. (*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

Le Conseil général de la Haute-Garonne vient, sur la proposition du préfet, de voter l'inscription d'un crédit annuel de 3,000 francs au budget du département pour la création d'un cours d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 mai 1891. — *Ordre du jour* : 1. M. Duroziez : Dilatation de l'artère pulmonaire. — 2. M. Graux : Note sur un cas de gravelle phosphatique du rein gauche, coïncidant avec de la gravelle urique du rein droit. — 3. Votes : un membre titulaire ; deux membres correspondants.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La ville de Marseille, plus heureuse ou plus pressée que Paris, aura bientôt son Ecole de médecine municipale. Froissée de ne pas voir son ancienne Ecole élevée au rang de Faculté, elle a décidé d'en créer une elle-même, et tout porte à croire qu'elle ne tardera pas à entrer dans la période d'exécution. Le Conseil municipal a voté des fonds considérables, et comme c'est l'argent qui est le nerf de toutes ces entreprises, nous saurons, avant peu, à quoi nous en tenir sur celle-ci.

Les renseignements exacts nous manquant actuellement sur cette question, nous attendrons, pour en parler plus longuement, que des détails plus circonstanciés nous soient parvenus.

Et maintenant, que va faire Paris? Il y avait beaucoup de projets en l'air pour réformer l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Un surtout me souriait assez : c'était celui qui aurait donné aux agrégés, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, les cours de clinique : titulaires ou suppléants, peu importe, le titre y eût été; chargé d'un cours de clinique, cela eût suffi aux agrégés pour leur montrer que la Faculté ne les abandonnait pas, et qu'on ne considérait pas comme nul et non avenu un titre qui leur avait coûté tant d'efforts.

FEUILLETON

CAUSERIE

Je ne sais si c'est l'approche du mois de mai, mais plusieurs de nos confrères tournent à la poésie, non pas amoureuse, oh non! mais, enfin, ils font des vers; chacun fait ce qu'il peut. Voici, par exemple, notre confrère Victor Subtil, du *Journal de médecine de Paris*, qui versifie le Brown-Séquardisme. Il a tort, entre nous, car une affaire à laquelle s'attaquent les vers est déjà bien malade, tandis qu'à mon avis la doctrine de M. Brown-Séquard, comme on l'a vu dans notre *Bulletin* de samedi dernier, prend une jolie extension scientifique.

Bref, il paraît qu'on va en faire un opéra. L'opéra de *Faust* étant aujourd'hui complètement démodé, d'après M. Subtil, depuis la retentissante découverte du professeur B.-S., on dit que les administrateurs de l'Académie nationale de musique ont décidé de monter à sa place une nouvelle pièce, dont voici quelques échantillons.

LA DÉCOUVERTE DU PHILTRE.

(La scène se passe dans un laboratoire d'alchimio-biologie. — Personnages : le professeur B.-S., des élèves, etc. — On voit des cages pleines de cobayes et de lapins, dans l'attitude anxieuse des condamnés; des bocaux, éprouvettes, etc.)

Aujourd'hui, les agrégés en médecine, se voyant abandonnés, ont cherché à se rattraper aux branches, et sur la proposition de deux d'entre eux, médecins des hôpitaux, MM. Chantemesse et Déjerine, la Société médicale des hôpitaux a émis un vœu demandant à l'administration de l'Assistance publique de créer dans les hôpitaux des cours de clinique payés par les élèves.

Les cours payés! Voilà une innovation en France. Cependant ils existaient déjà, quoique d'une manière non officielle. Quel est l'interne, le chef de clinique, qui, à sa visite du soir, n'a pas donné, moyennant une rétribution, des leçons à plusieurs élèves? C'est une mesure que l'Assistance pourrait reconnaître d'utilité et étendre à ses chargés de cours, après en avoir réglementé la mise en œuvre.

L'Académie de médecine a enfin terminé la longue discussion sur la dépopulation de la France et les moyens d'y remédier. On a vu, dans notre compte rendu de la séance, les conclusions émises à cet égard. Nous ne pouvons que les approuver, quoique nous sachions, comme tout le monde, qu'entre la coupe et les lèvres.....

En attendant, on pourrait imiter le moyen fort pratique employé par le président de l'Académie, M. le professeur Tarnier, pour augmenter les naissances dans son pays natal. Ce serait de donner une prime de 100 francs pour tout enfant né dans son pays en 1892. Avis aux âmes généreuses!

Le Congrès d'*ophthalmologie*, organisé par la *Société française* de ce nom, a commencé ses séances le 4 mai et les a terminées hier, 8. Nous donnerons le résumé de ses travaux dans un prochain numéro. — L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE MASSOTHÉRAPIE, par le docteur A.-S. WEBER. — Paris, G. Masson, 1891.

L'auteur après un court historique étudie successivement la technique et la théorie du massage, le massage en chirurgie, en médecine et en gynécologie. Il est du reste

---

Le prof. B.-S., en costume de magicien, mais tenant dans la main, au lieu d'une baguette, l'instrument dont se servent les pourvoyeurs du personnel de la chapelle Sixtine, chante, sur l'air de la *Marseillaise :*

Allons, enfants de la patrie,
Le jour de gloire est arrivé.
De la fatalité, l'humanité se rie,
Depuis le jour où j'ai trouvé
Le philtre qui redonne aux sources de la vie
La force et la virilité.
Du cobay', c'est le testicule
Qui me rend la force d'Hercule,
Grâce à laquelle je cumule
Les travaux les plus assidus
De la science et de Vénus.
Les beaux jours me sont revenus.
Mes désirs longtemps retenus
Enfin peuvent se satisfaire.
Toute la fougue des désirs,
Toute l'acuité des plaisirs,
Qui nous quitte avec la jeunesse,
Ce n'est pas dans du lait d'ânesse,
Comme l'a prétendu ce sot
Que nos pères nommaient Tissot
Qu'on retrouve cette richesse.
Non, c'est dans le suc qui s'écoule
Du sein de la petite boule
Qui sous une peau molle roule
Au centre des corps masculins
Des cobayes et des lapins.
La glande une fois dépecée,
Vous la découpez par quartiers,
Vous la pilez dans des mortiers,
Vous la plongez dans l'eau glacée,
Vous la filtrez à la Pasteur.
Vous injectez cette liqueur
Sous la peau finement piquée,
Et qu'on a préalablement
Asepsié convenablement
Avec un peu d'eau boriquée.

partisan de l'association de l'électricité et du massage et ensuite sur le mode d'emploi simultané de ces deux agents dans la thérapeutique des maladies utérines. Peut-être pousse-t-il même un peu loin sa confiance dans ce traitement, car pour lui « le traitement de l'ovarite aiguë est le massage qui fait disparaître complètement tous les accidents » et, dans l'ovarite chronique « pour obtenir la guérison certaine et éviter l'ovariotomie, le traitement par l'électricité est absolument nécessaire. »

Comme il est évident que le massage peut rendre de grands services dans un certain nombre d'affections, tout médecin devrait être à même de le pratiquer. Il faut, pour obtenir d'aussi bons résultats que certains empiriques se familiariser avec de petites difficultés de technique et avoir bien présentes à l'esprit les indications et les contre-indications. A ce point de vue, le livre du docteur Weber sera fort utile, d'autant plus qu'un certain nombre de planches font comprendre d'un coup d'œil les manœuvres décrites par l'auteur. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur l'emploi thérapeutique de l'acide oxalique, par le docteur A.-W. Marsh. (*The Therap. Gaz.* du 16 mars 1891). — L'auteur préconise l'acide oxalique contre l'aménorrhée, et dit lui avoir découvert une autre propriété utile qu'on ne trouve mentionnée nulle part, à savoir une action sédative dans la cystite aiguë. Il l'a employé souvent sans aucun insuccès, et il cite quelques exemples.

Obs. I. — Mlle C..., 26 ans, était, depuis deux ou trois ans, soumise à un traitement homœopathique pour un prolapsus utérin, et souffrait depuis plusieurs mois d'une inflammation vésicale, qui reconnaissait pour cause l'usage prolongé des vésicatoires.

Prescription contre la cystite :

Acide oxalique	0 gr. 95 centig.
Sirop d'écorce d'orange...................	30 grammes.
Eau de pluie	120 —

à prendre par cuillerées à café toutes les quatre heures.

Les symptômes aigus cessèrent immédiatement; et, en peu de jours, la malade était complètement délivrée de son irritation vésicale.

Obs. II. — Mme A..., 75 ans, avait éprouvé plusieurs attaques de cystite. A chaque

---

(Après ces paroles, le professeur marche vers les cages, et se met en devoir de procéder à l'émasculation des pauvres petites bêtes.)

Autre tableau : Chœur des cobayes (La scène se passe dans le même endroit, mais le professeur B.-S. n'est plus là ; un autre le remplace. Dans un décor d'apothéose, on aperçoit, au loin, en pays étranger, le professeur B.-S. au sein des plaisirs.)

Hélas! jadis chez l'habitant des villes,
Nous vivions tranquilles.
Aucun mortel ne songeait à nos chairs
Peu comestibles,
Et nous passions nos étés, nos hivers,
Toujours paisibles.
Mais, depuis quelque temps, des ennemis
[terribles]
Accomplissent sur nous des attentats hor-
[ribles.]
Et nous sommes tous devenus
Entre la main de sang rougie
De ces cruels individus
Martyrs de la biologie.

Le tyrannique B.-S.
Nous a même rangés à part
Pour servir de point de départ
A la luxure et à l'orgie.
. . . .
Et l'on nous met en marmelades
Pour rendre la force aux malades.
Et le bourreau dans sa villa
En reçoit des bouteilles pleines,
Qu'il s'inocule dans les veines;
Et c'est avec ce moyen-là,
Dans nos liqueurs génératrices,
Qu'il puisse ses forces motrices.

***

En se basant sur le principe énoncé plus haut, rien d'étonnant que les vers se soient

crise, l'inflammation persistait pendant deux ou trois semaines. A une crise nouvelle, l'auteur conseilla la prescription ci-dessus ; l'effet en fut remarquable : en moins de vingt-quatre heures, la douleur, le ténesme, le besoin fréquent de miction disparurent, et, au bout de deux ou trois jours, il n'y avait plus trace de la maladie.

Obs. III. — A. B..., 18 ans, avait été obligé de retenir son urine pendant plusieurs heures; une cystite aiguë en avait été la suite. La douleur et le ténesme étaient intenses, et le besoin de miction se renouvelait toutes les quinze ou vingt minutes. La prescription d'acide oxalique produisit une guérison complète en deux jours.

Obs. IV. — M. W... a eu à supporter une attaque modérée de cystite attribuée à l'influenza. Il a été guéri en douze heures par l'acide oxalique. Le malade ayant doublé la dose et ayant continué l'emploi du médicament plusieurs jours après la cessation de la douleur et du ténesme, a éprouvé, par suite de cet excès, un peu de chaleur au passage de l'urine et un peu d'irritation d'entrailles. C'est le seul cas où ces derniers symptômes aient été observés.

Obs. V. — Mme I..., 70 ans, se plaignait d'un fréquent besoin de miction, avec douleur, efforts, ténesme continuel. Les membres étaient enflés, et l'on soupçonna l'existence d'une néphrite, bien qu'on ne trouvât point d'albumine; toutefois, plus tard, le microscope révéla une grande abondance de débris épithéliaux. L'acide oxalique fut prescrit, et toute douleur, tout ténesme avaient disparu au bout de trois jours; il ne restait plus qu'un peu de sensibilité qui ne dura pas longtemps. La malade pouvait retenir son urine pendant plusieurs heures, et sa vessie rentra dans l'état normal.

Les cas qui précèdent ont été choisis pour mettre en lumière diverses causes de cystite dont les effets ont été combattus par l'acide oxalique. L'action de ce remède est prompte et les résultats certains; il peut être prescrit dans tout cas de cystite aiguë, quelle qu'en soit la cause, en ayant soin d'employer pour véhicule l'eau de pluie ou l'eau distillée, pour éviter la formation de l'oxalate de chaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

---

mis à la lymphe de Koch. En voici d'abord une pièce, sortie de la plume de notre confrère M. Corlieu, qui est assez coutumier de ces sortes de choses.

La lymphe de Koch, complainte, air de *Fualdès*.

Ecoutez, peuples de France,
De l'Afrique et du Tonkin,
Du Pérou jusqu'à Pékin,
Vous qui r'doutez la souffrance,
J'vais vous raconter en bloc
L'histoir' d'la lymphe de Koch.

Koch, sachant que la phthisie
Dérive d'un animal,
Pour combattre un si grand mal,
Cherchait avec frénésie
Quels sont les meilleurs moyens
D'sauver ses concitoyens.

S'enfermant dans sa cuisine,
Il prépare artistement (*secundum artem*)
Et scientifiquement
Tubercule et glycérine,
Il fit un mélange *ad hoc*
Appelé *Lymphe de Koch.*

Ne croyez pas Koch si grue
Que de dire son secret;
L'empereur seul le savait,
Et, n'ayant pas la berlue,
Il fit défendre au savant,
D'vendre son médicament.

Chacun portait jusqu'aux nues,
Comblait d'admiration
Koch et son invention,
Ses alambics, ses cornues,
Disant du soir au matin :
Koch est un fameux lapin.

De toutes parts, on s'emballe
Sur ce remède divin;
On accourt jusqu'à Berlin,
On emplit la capitale;
On voit opérer Koch, mais
On ne voit pas de succès.

La Société reçoit les journaux et revues habituels ; — les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1889-1890 ; — la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, X, nos 9 et 10.

M. Gillebert d'Hercourt, à propos du procès-verbal, fait observer qu'il s'est servi non pas du naphtol camphré, mais simplement du naphtol β dissous dans l'alcool et additionné d'eau. Tout récemment encore, il a employé ce traitement chez un malade affecté d'une pléiade ganglionnaire. L'injection de naphtol dans le ganglion le plus gros a amené rapidement la résolution des autres ganglions, et même de ceux qui étaient situés de l'autre côté.

— M. Graux fait un rapport sur la candidature, au titre de membre titulaire, de M. le docteur Frémont (de Vichy).

— M. de Ranse fait un rapport sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le docteur Keller, de Rheinfelder (Suisse).

— M. Coignard fait un rapport sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le docteur Schweiger, de Franzensbad (Autriche-Hongrie).

Les conclusions favorables de ces trois rapports sont adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

— M. Polaillon présente une note sur une opération d'*hystérectomie vaginale pour un prolapsus complet de l'utérus* (avec pièce anatomique).

La pièce anatomique que je présente à la Société provient d'une femme de 58 ans environ chez laquelle j'ai été conduit à enlever l'utérus pour la guérir d'un prolapsus rebelle à tout autre traitement.

Cette femme aurait subi, il y a deux ans, dans un des hôpitaux de Paris, une laparotomie et une opération d'hystéropexie. Mais l'utérus ne resta pas fixé à la paroi abdominale, et le prolapsus se reproduisit.

Quelques mois plus tard, on lui pratiqua une autre opération, qui fut probablement une opération d'Huguier pour un allongement hypertrophique du col. Mais cette opération n'eut pas plus de succès, et le prolapsus persista.

Lorsque cette femme vint me trouver à l'hôpital de la Pitié, l'utérus pendait entre les cuisses et entraînait toutes les parois vaginales. Elle était si gênée par cette infirmité qu'elle réclamait une nouvelle opération.

L'utérus mesurait 9 centimètres de cavité. Mais cet agrandissement portait surtout

---

Les tuberculeux en foule,
De la poitrine ou des os,
Viennent présenter leur dos
A la merveilleuse ampoule;
Beaucoup d'entr'eux furent occis par la lymphe de Koch.

Mais Péan, un savant homme,
Qui coupe les gens en deux,
Qui fait courir les boiteux,
Que dans le monde on renomme
Comme un chirurgien sciencé,
N'voulut pas être pincé.

Cornil, avec sa lunette,
Voit des bacilles partout;
Prudemment jusques au bout
Il poursuivit son enquête;
Il s'aperçut par trop tard
Que l'Koch était un Canard.

J'vous ai dit toute l'histoire
Du fameux médicament,
Qui nous vient d'un Allemand,
Libre à vous de n'y pas croire :
C'est un remède illégal,
Pour moi, ça m'est bien égal.

De cette longue complainte
L'auteur, vous le savez bien,
N'est pas académicien,
N's'ra jamais r'çu dans l'enceinte;
Mais si tout le monde en était,
Comm' les autr's il en serait.

J'ai bien reçu encore une autre pièce de vers sur le même sujet ; mais je l'ai si bien rangée, que je ne puis plus mettre la main dessus. Ce sera pour une autre fois.

*
* *

Nous trouvons, dans la *République du Loiret*, le texte d'un jugement condamnant un impudent dentiste pour escroquerie; mais le juge se voit en même temps dans l'obli-

sur le col, qui était allongé. Le corps que l'on sentait à travers les parois vaginales était atrophié.

Comme j'avais affaire à une femme qui avait dépassé l'âge critique et dont l'utérus n'avait plus de fonctions à remplir; comme, d'autre part, cet utérus, complètement prolabé, pouvait être enlevé facilement et sans danger, je résolus d'en pratiquer l'ablation, puis de réduire les parois vaginales.

A la place de l'utérus, il doit se former, dans le fond du vagin, des adhérences qui maintiendront ce conduit, ainsi que la vessie et le rectum. Mais si les parois vaginales ont encore de la tendance à faire issue, il me sera facile d'y remédier par une colpopérinéorrhaphie ultérieure.

L'hystérectomie vaginale a été pratiquée il y a six jours, et l'opérée, n'ayant eu aucun accident, peut être considérée comme guérie.

Je crois que l'hystéropexie ou ventro-fixation de l'utérus est une opération infidèle dans les cas de prolapsus complet. Cette opération s'adresse surtout aux rétroversions et aux rétroflexions rebelles et douloureuses. C'est dans ces cas qu'elle a donné ses plus beaux succès.

— M. Ad. Nicolas : J'ai l'honneur d'offrir à la Société deux brochures sur *la prophylaxie des épidémies communes.*

La première est le tirage à part d'une communication faite à la Société de médecine publique de Paris intitulée : *La prophylaxie de l'épidémie dans les villes d'hôtels.* Ce travail avait pour but de conjurer certaines réformes trop hâtives que l'on projette au sujet de l'hygiène publique dans ces localités à la fois urbaines et rurales : Villes d'eaux, de bains de mer, de pélerinage, que je confonds sous le nom de villes d'hôtels.

L'épidémie n'étant qu'un accident dans ces localités, en général très salubres, je pense qu'il ne faut pas se hâter de leur appliquer des mesures prophylactiques, que je considère comme étant à la fois draconiennes et illusoires, alors surtout qu'on les ajourne dans d'autres localités, telles que Paris, par exemple.

D'autre part, il ne faut pas, pour quelques cas malheureux — une quarantaine tout au plus en quelques années, — perdre la tête et s'*emballer*, comme s'il s'agissait d'épidémies formidables. L'hygiène publique doit être formulée de sang-froid.

L'une de ces réformes est celle de l'eau potable. On veut nous imposer l'eau de source. Je ne sais pas ce que c'est qu'une source, scientifiquement parlant. Dans nos localités de montagne, les sources abondent; on juge de leur bonté par leur saveur. Ce peut être

---

gation de déclarer que ce charlatan ne peut être encore poursuivi pour l'usurpation effrontée de titres scientifiques dont il s'est rendu coupable.

« Attendu que Tourrier s'est livré à Tours, comme dans ses résidences antérieures, à un charlatanisme ronflant et à une réclame éhontée; — attendu qu'il a fait emploi, pour capter la confiance publique, de diplômes mensongers, où il s'intitulait dentiste américain, alors qu'en réalité il est originaire de la Nièvre, né de parents français; — attendu qu'il résulte des faits que, notamment, son diplôme de chirurgie dentaire de l'Académie de Wisconsin a été acheté à prix d'argent chez un industriel qui faisait ce commerce; mais, attendu que les deux premiers faits ne tombent pas sous le coup de la loi, quelque répréhensibles qu'ils soient; et que le seul fait constitutif du délit d'escroquerie est celui... Le tribunal condamne Tourrier à 500 francs d'amende, aux dépens et aux frais.

*
* *

Etre condamné pour exercice illégal de la médecine sur des vivants, cela se voit tous les jours; mais peut-on se rendre coupable de l'exercice illégal de la médecine en pratiquant une opération sur un cadavre? Toute bizarre que paraisse cette question de droit, elle vient d'être soumise au tribunal correctionnel d'Espalion, qui l'a résolue affirmativement. Voici dans quelles circonstances.

Une femme Riols, enceinte et à terme, venait de mourir au hameau de Sarran; le curé de la paroisse, qui l'avait assistée à ses derniers moments, était dans la chambre de

illusoire et je ne saurais trop, pour ma part, insister sur ce fait que l'eau pure est l'eau la plus salubre. L'expérience de toutes les marines depuis cinquante ans suffit pour établir que l'eau distillée est parfaitement supportée et nullement nocive. Si des estomacs délicats s'accommodent mieux d'une eau minéralisée, rien n'empêche de formuler ces eaux hygiéniques médicamenteuses chez le pharmacien et le droguiste pour ces estomacs susceptibles.

En second lieu vient la question de l'égout. A La Bourboule, nous essayons de régulariser les égouts; mais nous ne voudrions pas faire déboucher notre égout en pleine Dordogne, au cœur de la ville ; nous voudrions le faire déboucher en aval. Or, notre égout débouchant en aval, c'est votre canal de Paris à la mer; et, si Paris hésite à l'entreprendre avec son budget millionnaire, on peut concevoir que nous hésitions, nous qui n'avons pas de ressources.

Enfin, vient la désinfection. Le meilleur procédé de désinfection, c'est l'étuve. Une bonne étuve coûte cher : 8,000 francs ! C'est du moins le prix qu'on m'en a demandé en 1887. En 1890, on en a demandé même 10,000 francs à l'un de mes amis, médecin de province. Au secrétariat de la Société de médecine publique on a corrigé mon texte : l'étuve coûterait 6,000 francs et non 8 ou 10,000. Je ne demande pas mieux que d'y croire. En tout cas, c'est un gros chiffre. Si gros que Paris n'a qu'un nombre restreint d'étuves. Savez-vous combien? Trois! Je conseille à l'administration d'en commander un millier pour les départements, soit 6 à 10 millions selon le prix de l'étuve. Cet exemple nous encouragerait!

Et qui maniera l'étuve, les désinfectants et tout le matériel de la prophylaxie? J'abrège.

Dans nos villes d'eau, la conduite à tenir lorsqu'un cas de maladie contagieuse se présente me paraît la suivante :

Premièrement faire partir le malade.

Au début des éruptions, je ne connais que la rougeole qui peut se trouver mal du départ. Encore n'hésiterais-je pas à m'y décider s'il s'agissait de l'un de mes enfants. Je n'ai jamais eu à me plaindre d'avoir agi de la sorte. Je n'ai jamais vu d'accidents chez les malades ainsi renvoyés par mes confrères. Et combien de tracasseries sont ainsi évitées.

Car, que voulez-vous que fasse un hôtelier, quand il se déclare chez lui un cas contagieux? Il séquestre le malade dans sa chambre, puisqu'il n'y a pas à portée de pavillon d'isolement.

J'insiste sur cette distinction de l'isolement et de la séquestration. Dans la séques-

---

la morte avec un voisin, il engage celui-ci à pratiquer l'opération césarienne pour essayer de sauver l'enfant que la mère portait dans son sein; l'opération fut faite et réussit. Notre chirurgien improvisé a été traduit en police correctionnelle et condamné à 15 francs d'amende par application des articles 35 de la loi du 19 ventôse an XI, 466 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle (*Mercredi médical* du 25 mars 1891).

Pour une bizarre application de la loi, c'en est vraiment une. Pour ma part, je n'aurais pas trouvé assez d'éloges à donner à ce chirurgien improvisé, et si l'*Union médicale* voulait ouvrir une souscription pour payer les frais du procès et l'amende, je m'inscrirais volontiers en tête de la liste.

Renvoyé à qui de droit.

***

On a signalé, au Conseil municipal de Paris, une curieuse violation du secret médical. L'administration a vendu, comme vieux papiers, un ballot de rapports médicaux datant de 1873 et relatifs à la constatation des décès, avec mention des noms des décédés et de la nature de la maladie qui a entraîné la mort. Des commerçants de divers quartiers se sont servis de ces rapports pour envelopper les objets de consommation qu'ils vendent au public.

Il va sans dire que cette violation du secret professionnel a causé une vive émotion, fort légitime d'ailleurs. Le préfet de la Seine a reconnu que les papiers de ce genre ne doivent pas être vendus en nature et il a promis de donner des ordres pour que désormais les certificats médicaux de constatation de décès soient livrés au pilon.

tration, il faut que le malade et sa famille se suffisent, sans recourir au personnel de l'hôtel.

Vous voyez, Messieurs, qu'il n'est pas mal à propos de tenter de contenir le zèle des réformateurs, dans des questions qui ne sont par encore suffisamment mûries.

J'en arrive à ma seconde brochure. C'est le tirage à part d'une autre communication intitulée : *Programme de prophylaxie des épidémies communes*. Le titre est assez prétentieux. Mais ma première communication avait été fort mal accueillie; je suis sorti fort maltraité de la discussion; et, comme l'on me contestait toute compétence hygiénique, j'ai tenu à affirmer hardiment cette compétence en m'adressant à la Société française d'hygiène, dont l'esprit est très libéral et où j'ai toujours été écouté avec beaucoup d'indulgence.

Voici donc mon programme personnel de prophylaxie des épidémies communes, qui ne demande dans l'application qu'un peu de vigueur et beaucoup d'argent.

J'envisage les agents épidémiques :

1° Dans leurs foyers d'origine;

2° Dans les milieux où ils évoluent et se disséminent;

3° Dans les organismes récepteurs.

Les foyers sont le sol et le malade lui-même : sa personne, son lit, sa chambre, sa maison.

Le sol, on sait comment l'assainir. C'est une notion banale, mais d'une certitude établie et particulièrement féconde que celle des heureux effets d'une circulation régulière et méthodique de l'eau, sur l'assainissement du sol qu'elle imprègne; et, de même, la stagnation des immondices est une cause d'insalubrité tellement puissante que l'on peut dire qu'en hygiène, le balayage prime l'étuve. Or, ces deux notions si importantes sont mal appliquées, et la malpropreté de certains quartiers des grandes villes est encore inexplicable.

Quant au malade, combien d'épidémies seraient limitées si l'on entreprenait plus méthodiquement et plus rigoureusement le nettoyage et l'antisepsie de sa personne et la neutralisation de ses déjections.

Quant à son linge, je voudrais que l'on généralisât l'usage de l'étuve; que l'on instituât pour en assurer le maniement des blanchisseries municipales hygiéniques; que, pour diminuer les frais d'installation, on annexât ces blanchisseries à des *lazarets privés*, à des *hôpitaux-refuges* où les malades seraient recueillis avec les personnes chargées de

---

*
* *

Entre confrères, on se doit égards et avertissements. Donc, aux trop fervents adeptes de l'hypnotisme s'adresse le fait divers suivant et la moralité que je me permets d'y ajouter.

Sous le titre, « *Une curieuse méprise* », un journal raconte :

Une jeune femme d'une trentaine d'années montait ces jours derniers, à deux heures de l'après-midi, dans le tramway Trocadéro-Pigalle. Séduit par les charmes de l'inconnue, le comte de B... prit place immédiatement en face d'elle. Une mimique des plus expressives s'engagea bientôt entre le noble voyageur et la jolie voyageuse, et celle-ci vint s'asseoir auprès du comte.

Le docteur F., digne émule du docteur Liégeois, suivait cette petite scène et se livrait aux réflexions suivantes : « Ce monsieur, évidemment, abuse de la suggestion pour faire la conquête de cette jeune dame. Heureusement que je suis là pour la protéger ! »

Le couple descendit au Trocadéro et s'engagea dans l'avenue Henri-Martin. Tout à coup, M. F. se dressa devant eux.

Misérable ! cria-t-il au comte, vous n'abuserez pas de cette femme. J'épie vos agissements depuis une heure. Vous employez bien mal votre pouvoir hypnotique, et tous ceux qui font comme vous sont des lâches !

Pendant ce virulent discours, la jeune femme s'enfuit au plus vite. Le comte de B. se

les soigner; par exemple, l'enfant atteint de croup, avec sa mère, qui éloignerait ainsi la contagion du reste de sa famille.

La dépense serait colossale; mais si les grandes villes n'osent pas la faire, il ne faut pas l'imposer aux petites, et je ne crains pas de dire qu'en dehors de ces réformes capitales, tout le reste ne constitue qu'une « agitation stérile ».

Quant à la chambre, pour le plus grand nombre des épidémies, l'antisepsie en est illusoire; et, pour qu'elle soit pratique dans tous les cas, il nous faudrait modifier, dans une large mesure, l'ameublement, l'aménagement, etc., de nos chambres privées aussi bien que des chambres d'hôtel.

Quant à la maison, est-ce l'hygiène qui préside à sa construction, à son orientation que l'on fait rigoureusement parallèle à la rue, alors même que l'on pourrait l'orienter eu égard aux vents dominants, etc. Et que ne peut-on pas rêver, dans l'avenir, pour l'assainissement des villes, alors que nous voyens déjà, aux Etats-Unis, déplacer de vastes hôtels pour les placer dans des conditions meilleurs; que nous voyons Chicago élever les maisons d'une rue, quand la rue est marécageuse; Kansas déménager de ses collines pour se rapprocher des rails des tramways; au Turkestan, les Russes déplacer leur capitale du Khokand à Marghellan; dans les Indes, aux Antilles, les Anglais déplacer leurs casernements de la plaine à la montagne, etc. Les Français sont plus timides; cependant, à Panama, l'on a fait, dans ce genre, des choses remarquables; et, si, en France même, nous nous bornons à déplacer des casernements de troupes, les résultats en ont été des plus encourageants. Pour n'en citer qu'un exemple, la fièvre typhoïde n'a pas sévi à Lorient cette année, parce que l'on a évacué la caserne d'artillerie de marine qui en était le foyer, et disséminé les troupes dans les forts d'alentour.

Dans le milieu, les agents épidémiques sont presque inaccessibles.

Dans l'air, les poussières sont innombrables et d'une extrême instabilité. Des nombres que je donne dans ma communication, on peut conclure qu'un soldat de Paris, qui passe une partie de la journée à la chambrée et l'autre partie au dehors, introduit dans ses bronches plus de 1,400 milliards de poussières par vingt-quatre heures et, sur ce nombre, il faut compter au moins 200,000 bactéries. Il faut en conclure : d'une part, que ces poussières et ces bactéries sont ou inoffensives ou neutralisées; mais, d'autre part, que nous sommes à la merci des contages et sans action sur eux.

Il en serait de même pour l'eau; car l'estomac n'a qu'un pouvoir borné de neutralisation, comme en témoigne la contagion épizootique, qui s'opère surtout par cette voie. Il

---

précipita alors sur le docteur; des agents intervinrent et les deux adversaires furent conduits chez le commissaire de police.

Il paraît que la voisine de tramway du comte de B... était une amie qu'il voyait de temps à autre, ce qui explique l'empressement mis par elle à venir s'asseoir aux côtés du comte, sur un signe de lui.

Convaincu de son erreur, le docteur F. a fait à M. de B. des excuses qui ont été acceptées.

C'est égal, si c'est vrai, voilà un confrère bien..... godiche!

SIMPLISSIME.

Eau dentifrice antiseptique. — Dujardin-Beaumetz.

Acide phénique	1 gramme.
Acide borique	25 grammes.
Thymol	0 gr. 50 centigr.
Essence de menthe	XX gouttes.
Teinture d'anis	10 grammes.
Eau	1.000 —

F. s. a. — On étend cette solution de son volume d'eau, et on s'en sert une ou deux par jour, surtout après les repas, pour rincer la bouche et frotter les dents, afin d'empêcher le développement de la carie dentaire. — N. G.

est vrai que nous avons dans les filtres un moyen assez sûr de nous garantir des contages. Et des deux systèmes de filtres, l'un le filtre *chimique*, que je ne désigne pas plus clairement, puisque son nom m'a déjà causé des désagréments; l'autre, le filtre poreux, que je nommerai pas non plus, quoique tout le monde le nomme, je préfère le premier. Le second, en effet, s'il retient les microbes, laisse passer les matières dissoutes; le premier retient les sels de plomb, de zinc, l'alcool, les matières organiques; et cela me paraît une garantie suffisante, car je ne m'explique pas que l'eau, qui à la sortie du filtre ne décolore pas le permanganate de potasse, contienne néanmoins des êtres vivants. Les expériences se poursuivent à cet égard, et le dernier mot n'est pas dit au sujet des associations, dans ce but, du charbon à d'autres éléments, non plus qu'au sujet des tissus à fines mailles, alors que nous savons que l'on file aujourd'hui le quartz à un tel degré de finesse, qu'un faisceau de cent de ces fibres de quartz n'a pas l'épaisseur d'un fil de soie du cocon.

Enfin, messieurs, je ne voudrais pas abuser de votre attention et étendre cette analyse à l'étude de la réceptivité morbide. Je ne dirais donc qu'un mot des vaccins, que je crois d'une application restreinte en prophylaxie, tandis qu'on peut leur prédire un brillant avenir en thérapeutique.

Pour ne parler que de la vaccination au moyen du sérum dépouillé de ses éléments cellulaires, qui est le dernier mot sur la question, on peut se demander si le sérum d'un animal réfractaire à telle maladie ne confère pas l'immunité à cette maladie, en conférant l'imminence morbide pour telle autre; par exemple, si une souris réfractaire à la rage et prédisposée au charbon, en acquérant de la vaccination du sang de chien réfractaire au charbon et prédisposé à la rage, l'immunité contre le charbon n'acquiert pas, en même temps, la prédisposition à la rage.

On peut se demander, puisque l'innocuité d'un vaccin dépend de la dose qu'on inocule, si les éléments du sang qui neutralisent ce vaccin ne s'épuisent pas par cette neutralisation, et si l'on n'épuise pas ainsi la vitalité qui est notre meilleure sauvegarde.

On peut se demander, enfin, dans le cas où seraient connus tous les vaccins anti-épidémiques, si l'on n'hésiterait pas à nous les inoculer tour à tour, comme on veut le faire pour la vaccination jennerienne.

Mais, dans tous les cas, les expériences les mieux conduites de bactériologie n'ont fait que confirmer la vieille notion hippocratique de la puissante influence du froid pour accroître la réceptivité morbide; et, si l'on considère qu'en laissant de côté la diphthérie, la tuberculose, la dysenterie, l'entérite, etc., les maladies de refroidissement sont encore aux maladies contagieuses dans la proportion de 10 à 1, l'on se demande si l'hygiène publique n'aurait pas encore un champ suffisant, si elle se proposait de supprimer les maladies de froid, en fournissant largement aux misérables le vêtement et l'abri.

M. Graux : Je demande à dire deux mots à propos de la première communication de M. le docteur Nicolas. Je suis absolument de son avis sur les difficultés presque insurmontables qu'on rencontrera dans l'application des mesures que réclame l'hygiène dans les villes d'hôtels.

La première des difficultés, la plus capitale, qui dispense d'énumérer les autres, celle à laquelle il faut s'efforcer avant tout de trouver un remède, c'est la question du budget.

Il est à peu près impossible, et dans bien des cas il serait injuste, de demander aux pauvres budgets communaux l'argent nécessaire à ces dépenses.

Dans beaucoup de stations thermales le nombre des habitants permanents de la commune est bien faible par rapport au nombre des buveurs ou baigneurs qui fréquentent la ville d'eaux, les recettes du budget municipal bien restreintes par rapport aux recettes de la Société qui exploite les sources, la pauvreté du village bien grande à côté du luxe et du confort développé dans les hôtels. Et il faut reconnaître que le voisinage de la ville d'eaux cause ordinairement plus de dépenses au budget de la commune (en balayages, cantonniers supplémentaires, entretien des rues, etc.) qu'il ne lui apporte de recettes.

Dans ces conditions il est nécessaire, avant d'inquiéter les esprits en faisant autant de bruit sur les grosses dépenses d'hygiène à imposer aux villes d'eaux, de s'occuper de créer des recettes spéciales qui seraient strictement consacrées à ces dépenses.

Notre confrère a parlé d'organiser des syndicats qui s'occuperaient d'organiser des fêtes, etc., — pour rassembler les fonds nécessaires. Ce moyen pourra être bon au début — mais après quelques années on se lassera, le zèle diminuera et les recettes aussi.

Je crois que le moyen le plus rationnel, le plus durable, basé sur le nombre et la fortune (et répondant par conséquent aux exigences) des étrangers ou colons, serait d'établir une taxe municipale sur tout buveur ou baigneur en traitement dans une ville d'eaux.

Cette taxe existe dans les villes d'eaux étrangères et contribue beaucoup à faciliter les embellissements et l'assainissement de ces villes. Ces taxes appelées (Curtaxes ou Kurtaxes) sont de plusieurs classes et proportionnées à la richesse de l'hôtel choisi par l'étranger. La moyenne est de 10 francs environ.

Grâce à cette taxe municipale les communes auraient des sommes importantes à consacrer à l'hygiène de la station.

C'est pour moi le seul remède sérieux. Mais pour cela il faut une loi.

C'est aux médecins des villes d'eaux qu'il appartiendrait de se réunir en un syndicat général qui étudierait cette question et s'efforcerait d'obtenir des pouvoirs publics une loi sur ce sujet.

M. de Ranse : Les questions soulevées par M. Nicolas sont à l'étude dans la Société d'hygiène professionnelle. Je fais partie, avec M. Bouloumié, d'une commission chargée de faire un rapport, qui pourra servir à l'élaboration de la loi qui est projetée. Il est certain que dans les villes d'eaux, lorsqu'éclate une maladie contag euse, le médecin peut se trouver daus un très grand embarras : les lazarettes seraient extrêmement utiles. Enfin, pour toutes les améliorations à réaliser, les médecins ne sauraient mieux faire que de se constituer en syndicats.

M. Reliquet : Depuis des années, je donne de l'eau distillée à certains graveleux et avec succès. Mais à une condition, c'est que l'eau distillée soit bien aérée. Pour ce qui est des filtres, je dirai ceci :

On parle toujours d'employer le filtre, le vrai filtre actuel. On devrait, quand on en parle, dire que le filtre doit être nettoyé très souvent. Depuis plusieurs années, je vais dans une station d'eaux dans la montagne; les restaurants ont le filtre, mais ils le nettoyent rarement, et il arrive que l'eau de source courante, parfaite, qu'on a dans cette station, est altérée par le filtre.

M. Nicolas : Je suis de l'avis de M. Reliquet : l'on ne saurait trop recommander le nettoyage des filtres; c'est une pratique qui doit entrer dans les habitudes du ménage comme tous les autres nettoyages.

Du reste, dans les filtres *chimiques*, le charbon doit se renouveler périodiquement.

M. Christian : Les précautions hygiéniques dont nous parle M. Nicolas, et dont je suis loin de contester l'utilité, sont cependant singulièrement exagérées dans certains pays. Ainsi un de mes parents étant allé, il y a quelques années, dans une ville d'eaux de la Suisse, une de ses fillettes fut atteinte de *varicelle*, c'est-à-dire d'une affection essentiellement bénigne; elle n'en fut pas moins, avec sa mère, soumise à une séquestration rigoureuse, à mon avis, tout à fait hors de propos.

Je pense, comme M. Nicolas, que l'eau de torrent est la plus pure et la meilleure. Mais encore ne faut-il pas s'y fier d'une manière absolue. Ainsi, l'an dernier, en Suisse, une station renommée pour sa salubrité fut envahie par la fièvre typhoïde; l'enquête révéla que, dans la montagne, dans les paturages situés au pied des glaciers d'où sortaient les torrents, quelques têtes de bétail avaient eu le typhus et avaient succombé; leurs déjections, sans doute, avaient souillé l'eau.

M. Nicolas : Les ressources des stations thermales sont restreintes. La plupart de ces villes, surimposées d'ailleurs par les charges communales, n'ont pas d'octroi; et si elles alimentent en grande partie l'impôt, en raison de leur plus grande population, elles participent aux charges communales relatives aux établissements scolaires, par exemple, alors que leur colonie n'en bénéficie pas. A La Bourboule, nous avions, cette année, institué, comme on l'a fait ailleurs, un *Syndicat des intérêts locaux*, en vue de réunir les ressources dont nous puissions disposer, en dehors du budget municipal qui nous est

commun avec les autres villages ou hameaux de la commune. Je regrette que le ministère ne nous ait pas encore accordé l'approbation indispensable depuis près d'un an qu'elle est sollicitée.

Quant à l'eau potable, je ne recommande l'eau des torrents que si elle est puisée en amont des lieux habités; et, d'ailleurs, si je crois que l'on a considérablement exagéré la contagion par l'eau, je crois, néanmoins, qu'elle est fréquente et surtout que l'eau malpropre est malsaine.

— La séance est levée à six heures.

COURRIER

Traitement préventif de la rage. — M. Cantani à publié la statistique des personnes traitées à son institut antirabique du 22 septembre 1886 à la fin du mois de janvier 1888 et du mois de juillet 1888 à la fin du mois de décembre 1890.

Le total des personnes traitées est de 494, dont 10 se trouvent encore dans la période suspecti de deux mois après la morsure. Les personnes traitées et mortes de la rage sont 9, dont trois enfants mordus à la figure et qui se sont présentés pour le traitement à l'institut respectivement douze, quinze et dix-huit jours après la morsure. La mortalité est donc de 1,82 p. 100, et, sans compter les trois enfants, de 1,21 p. 100.

Des 494 personnes traitées, 168 ont été mordues par des animaux, dont la rage a été reconnue expérimentalement; 227 par des animaux dont la rage a été reconnue cliniquement, 99 par des animaux suspects de rage. Sur ces personnes, 451 étaient italiennes, 43 étrangères. (*Giorn. intern. d. sc. med.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jalabert (de l'Araba).

Hôpital Tenon. — Service de M. le docteur Richelot. — *Salle Richard Wallace.* — N° 1, castration ovarienne pour fibromes utérins. — N° 2, laparotomie exploratrice pour névralgie pelvienne. — N° 3, hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — N° 4, rétroversion utérine avec lésions des annexes. — N° 5, hystérectomie vaginale pour rétroversion utérine complexe. — N° 6, hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — N° 7, castration ovarienne pour fibromes utérins. — N° 8, trépanation du tibia pour ostéomyélite ancienne. — N° 9, carcinose péritonéale. — N° 10, kyste de l'ovaire. — N° 11, kyste de l'ovaire. — N° 12, laparotomie pour pyosalpinx. — N° 13, ano-périnéorrhaphie consécutive à une opération de Kraske. — N° 14, curage et opération d'Emmet. — N° 15, hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. — N° 16, laparotomie exploratrice pour carcinose péritonéale. — N° 17, hystérectomie vaginale pour hématosalpinx suppuré. — N° 18. laparotomie pour pyosalpinx. — N° 19, pyosalpinx. — N° 20, rétroversion utérine avec lésions des annexes. — N° 21, laparotomie pour fibrome abdominal. — N° 22, lithiase biliaire.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — Conférences de pathologie interne.

La dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal

Par M. le docteur Pierre Marie, professeur agrégé.

Messieurs,

Les dégénérescences secondaires de la moelle se font tantôt d'une lésion médullaire vers le cerveau, c'est-à-dire qu'elles sont ascendantes ; tantôt, au contraire, elles partent de la lésion encéphalique ou médullaire pour gagner les parties inférieures de la moelle, et sont alors descendantes.

Un certain nombre de faisceaux peuvent dégénérer ; ceux qui sont atteints le plus souvent sont les faisceaux pyramidaux qui sont frappés dans les dégénérations descendantes. Aussi commençons-nous d'abord par l'étude de ces dernières.

Le *faisceau pyramidal* a été ainsi nommé parce qu'on l'aperçoit sous forme d'une pyramide sur le bulbe, au-dessous de la protubérance, placé entre les olives et le sillon antérieur. Il forme là, de chaque côté, une masse triangulaire, allongée ; ce sont les pyramides du bulbe.

Le faisceau prend naissance dans le cerveau au niveau des circonvolutions motrices. Or, de chaque côté du sillon de Rolando est une circonvolution volumineuse dirigée parallèlement au sillon ; l'antérieure est la *frontale ascendante*, la postérieure est la *pariétale ascendante* ; toutes deux ont été nommées, par les Allemands, circonvolutions centrales. Le faisceau part de ces circonvolutions et aussi de la surface formée par leur réunion à la face interne de cerveau, surface qui est partagée en deux par la scissure rolandique et a reçu le nom de *lobule paracentral*.

Le faisceau qui part de la substance grise passe dans le centre ovale, dans la projection des circonvolutions, puis il arrive dans une partie blanche très importante que l'on appelle la *capsule interne*. Cette masse de fibres est située entre les ganglions centraux et sépare le noyau caudé et la couche optique d'une part, du corps strié d'autre part. Pour la bien voir, il faut pratiquer une coupe qui a été indiquée pour la première fois par Flechsig et qui a été étudiée par Brissaud. Ce dernier recommande de sectionner l'hémisphère par sa face interne en dirigeant le couteau un peu obliquement en bas et en arrière, en le faisant passer par le milieu de la tête du corps strié et par le point de réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la couche optique. La capsule interne étant bien mise en évidence par cette coupe, on voit qu'elle est formée de deux par-

ties : l'une antérieure, l'autre postérieure, qui se réunissent en formant un coude qui a reçu le nom de *genou* de la capsule interne. Les fibres qui sont situées en avant du genou proviennent de la partie antérieure des circonvolutions, elles ne vont pas jusqu'à la moelle, mais se perdent dans la protubérance. Au niveau du genou se trouvent, en avant, les fibres du facial, et, en arrière, celles de l'hypoglosse. Reste le segment postérieur qui est formé, dans ses deux tiers antérieurs, par le faisceau pyramidal et dans son tiers postérieur par le faisceau sensitif qui provient des parties postérieures du cerveau. Avant les recherches de Flechsig, le professeur Charcot avait d'abord cru que le faisceau pyramidal passait dans les deux tiers antérieurs de la capsule interne, mais il est bien prouvé maintenant qu'il a la localisation que je vous ai indiquée.

Dans le pédoncule cérébral, le faisceau provenant de la partie antérieure des circonvolutions se trouve à la partie interne, les faisceaux du facial et de l'hypoglosse et le pyramidal occupent la partie moyenne, enfin le faisceau sensitif se trouve à la partie externe. On peut dire que les différents faisceaux sont d'autant plus en dedans dans le pédoncule qu'ils sont plus en avant dans la capsule externe.

Brissaud pensait que le faisceau sensitif ne dégénère jamais dans le sens descendant.

Bechterew a montré, au contraire, qu'il dégénère dans les lésions des lobes temporaux et occipitaux; si sa dégénération est relativement rare, c'est que les régions de ces lobes qui lui donnent naissance sont irriguées par les artères cérébrales postérieures qui naissent directement du tronc basilaire et sont bien moins souvent atteintes que la sylvienne. Le faisceau se perd dans la protubérance.

Une fois arrivé dans la protubérance, le faisceau pyramidal devient profond et occupe l'étage inférieur de cette partie de l'encéphale, si l'on suppose l'homme couché sur le ventre. Du reste, ces fibres ne sont plus disposées en faisceaux compacts, mais elles sont séparés par des tractus transversaux; son territoire est beaucoup plus étendu qu'au niveau de la partie supérieure des pyramides; il est donc vraisemblable qu'il abandonne un certain nombre de fibres dans le bulbe et la protubérance.

Au point où il forme les pyramides, le faisceau est pour ainsi dire isolé, très distinct. Un peu plus bas, on constate un *entrecroisement* remarquable. Les fibres du côté droit s'entrelacent avec celles du côté gauche et passent à gauche; comme celles du côté gauche font de même, on voit que les fibres du cerveau droit se rendent au côté gauche et que le côté droit reçoit ses fibres du cerveau gauche. Mais l'entrecroisement n'est pas complet, et il y a des fibres qui restent du même côté en formant ce que l'on appelle le *faisceau pyramidal direct*, tandis que celles d côté opposé forment le *faisceau pyramidal croisé*.

Dans l'état normal, le faisceau pyramidal croisé est le plus considérable et s'étend dans toute la hauteur de la moelle. Vulpian, Lowenthal ont dit qu'il cessait au niveau de la deuxième lombaire, mais Tooth l'a encore retrouvé au-dessous de la quatrième.

Dans toute sa hauteur, le faisceau croisé est en contact avec la partie postéro-interne de la corne postérieure et séparé de la surface de la moelle par le faisceau cérébelleux direct, sauf sur une petite hauteur au niveau de la troisième cervicale, fait qui a été reconnu par Gowers. A la partie inférieure de l'axe spinal, à partir de la sixième ou douzième paire dorsale, il

s'applique, par sa face externe, à la périphérie et répond directement aux méninges. En avant, même dans les régions où il est le plus développé, il ne dépasse guère une ligne transversale passant par la commissure postérieure. Enfin, son *volume* est beaucoup plus considérable en haut qu'en bas.

Le faisceau pyramidal direct est plus petit que l'autre. Pour le professeur Bouchard, il ne descend pas plus loin que la partie moyenne de la région dorsale. Tooth l'a suivi jusqu'à la deuxième lombaire. Il présente, du reste, de grandes variations et peut disparaître même dans la traversée de la région dorsale, d'après Bechterew.

L'étendue du faisceau, en épaisseur, est variable, tantôt il ne se trouve que tout le long du sillon antérieur, tantôt il déborde celui-ci par le haut, tantôt il n'en occupe qu'une région restreinte et est comme enclavé.

Le faisceau pyramidal présente d'assez nombreuses variations.

Chez les animaux qui courent dès la naissance, il apparaît pendant la vie intra-utérine; il en est ainsi, par exemple, chez le cobaye. Chez ceux, au contraire, comme l'homme, qui ne se servent utilement de leurs membres qu'un certain temps après qu'ils sont nés, le faisceau ne se développe que tardivement; c'est même ce développement tardif qui a permis à Flechsig de bien délimiter son territoire.

Le faisceau manque presque totalement chez les animaux dont les membres sont peu différenciés, tels que l'éléphant ou la baleine. Il atteint son maximum de développement quand les mouvements des membres sont bien différenciés, chez le singe et chez l'homme.

Enfin, au point de vue de la division et de la situation, on peut encore citer de nombreuses particularités: le chien et le chat, par exemple, n'ont pas de faisceau direct; il passe dans le segment antérieur du cordon postérieur chez le rat blanc, etc.

Chez l'homme même, il existe d'assez nombreuses variations selon les cas :

A. Une des pyramides est plus grosse que l'autre, quelquefois du tiers. C'est la gauche qui est habituellement la plus développée.

B. Les faisceaux pyramidaux directs sont relativement plus gros que les faisceaux pyramidaux croisés.

C. Les faisceaux directs sont à peine visibles ou manquent.

D. Le pyramidal direct, d'un côté, est plus gros que son congénère du côté opposé; dans ce cas, le pyramidal croisé du côté opposé est plus petit.

Ces variations sont essentielles à connaître, car elles nous expliquent de nombreux faits pathologiques.

Les faisceaux pyramidaux sont formés de fibres longitudinales provenant des circonvolutions et allant dans la moelle, et qui doivent communiquer à cette dernière des impulsions motrices. Faisceaux directs et faisceaux croisés sont réunis entre eux et à la moelle par de nombreuses fibres. C'est ainsi qu'un faisceau pyramidal croisé est en connexion avec les cellules des cornes antérieures, avec la substance grise latérale, avec le faisceau pyramidal direct du côté opposé et aussi avec le faisceau croisé de ce côté. Les faisceaux directs sont en relation avec les cellules des cornes antérieures, la substance grise interne de la corne antérieure et les faisceaux pyramidaux croisés du côté opposé au faisceau considéré.

Les faisceaux pyramidaux sont des faisceaux moteurs par excellence et toute lésion un peu accentuée qui les frappe est suivie de paralysie, d'hémi-

plégie. Il n'y a pas dans le cerveau des fibres pour chaque muscle, pour chaque fibrille musculaire. C'est surtout à la moelle que revient la plus grande part dans la direction des mouvements.

Permettez-moi de vous rappeler ici une comparaison judicieuse qui a été faite par le professeur Charcot. On peut comparer la moelle à un vulgaire orgue de Barbarie. Vous savez que cet instrument est formé d'un certain nombre de cylindres recouverts de pointes; ces dernières, lorsqu'elles rencontrent des ressorts, les font vibrer et il en résulte un air. Un rouleau est un morceau et, quand on veut changer de morceau, on change de rouleau. Dans la moelle, on trouve les rouleaux; ils sont tout composés dans les cellules des cornes antérieures. Lorque vous voulez nager, faire de l'escrime, tout cela est fait par la moelle, coordonné à l'avance. Aussi, quand nous apprenons un nouvel exercice, il faut le répéter de nombreuses fois, afin que la moelle l'enregistre. L'action du faisceau pyramidal est de déclancher le mécanisme, de lui permettre de marcher. Il donne l'impulsion nécessaire, mais n'est pas moteur par lui-même, et ce rôle du faisceau rend l'explication des contractures très facile.

Nous allons maintenant, Messieurs, étudier successivement les différents symptômes qui appartiennent en propre aux dégénérations secondaires dans la *moelle*. (*A suivre.*)

Congrès d'ophthalmologie.

Traitement des maladies des voies lacrymales. — M. Terson, rapporteur : Les affections des voies lacrymales peuvent se révéler par un simple larmoiement; mais souvent le larmoiement est un épiphénomène, il peut même presque manquer; et l'on doit considérer comme manifestations fondamentales de ces affections, l'augmentation et l'altération plus ou moins accusées des sécrétions naturelles, dues à l'infection, à un degré variable, de la muqueuse des voies lacrymales. Le phlegmon du sac et la fistule qui en est souvent la suite ne sont, sauf les cas de carie osseuse, que des complications dues à des causes fortuites, mais dépendantes de la même cause, l'infection.

Le traitement du larmoiement catarrhal se lie à celui de l'infection primitive du canal lacrymo-nasal et de ses conséquences. Le larmoiement indépendant des différentes lésions de l'appareil lacrymal exige un traitement en rapport avec les différentes causes dont il émane.

L'infection, dans le catarrhe des voies lacrymales, est due aux rapports de la muqueuse de ces voies avec la conjonctive et la muqueuse des fosses nasales. La cause habituelle des obstacles au passage des larmes ou des sondes est une sorte de plissement ou de gonflement de la muqueuse et non (sauf exception) un rétrécissement cicatriciel; la dilatation du sac lacrymal se produit ensuite.

Il faut d'abord remédier, dans la mesure du possible, à la cause première du mal, puis combattre l'infection de la muqueuse et la stagnation des liquides dans le sac.

L'emploi des sondes volumineuses aggrave la situation des malades, et l'incision étendue des conduits lacrymaux laisse souvent subsister un larmoiement rebelle à tous les moyens.

Actuellement, dans les cas ordinaires, il faut recourir à l'usage de sondes pleines ou creuses d'un petit calibre, permettant une irrigation prolongée des voies lacrymales, à travers les points simplement dilatés ou à peine fendus, à l'aide des divers antiseptiques. Ce système de traitement a le mérite de respecter les dispositions anatomiques de l'appareil excréteur des larmes; mais il exige un temps indéterminé et toujours si long, que peu de malades peuvent en bénéficier.

Dans les cas plus graves, beaucoup d'opérateurs incisent largement le conduit lacrymal supérieur et même le ligament palpébral interne.

Ces moyens, aidés d'irrigations, détruisent pour quelque temps au moins le cloaque

qui existe au voisinage de l'œil. Ils conviennent aux malades qui refusent un long traitement et rendent presque impossible l'apparition d'un violent phlegmon du sac. Malheureusement il persiste souvent un larmoiement très gênant.

L'expérience démontre que le système des sondages et des injections, *excellent en principe*, peut guérir un certain nombre de malades; mais il en laisse sûrement plus de la moitié aussi larmoyants et quelquefois plus qu'ils ne l'étaient avant tout traitement.

M. Terson pense que lorsque les voies sont bien perméables et qu'il persiste un larmoiement intense, il est inutile de continuer indéfiniment à sonder et à injecter. Il faut, à tout prix, chercher à diminuer ou à tarir la sécrétion lacrymale.

L'extirpation de la portion orbitaire de la glande lacrymale peut réussir à supprimer entièrement le larmoiement le plus rebelle; mais elle doit céder le pas à l'ablation de la portion palpébrale de la glande pratiquée du côté du cul-de-sac de la paupière supérieure, qui ne laisse aucune trace. L'expérience prouve, en effet, que, *bien exécutée*, celle-ci suffit à donner au malade, dans un très grand nombre de cas, un complet soulagement.

Ce ne sera qu'après l'insuccès de l'ablation de la glande palpébrale qu'il sera permis d'enlever la glande orbitaire.

Lorsque la sécrétion du sac prend un aspect franchement purulent et que de longues irrigations ne modifient pas rapidement cet état de choses, il peut être très utile de faire, à plusieurs reprises, une injection modificatrice avec une solution un peu concentrée de nitrate d'argent.

Dans les cas de phlegmon du sac, il faut, si c'est possible, faire l'incision libératrice, en passant par le point lacrymal supérieur et sectionner en même temps le ligament palpébral interne. D'abondants lavages antiseptiques sont de rigueur.

La fistule lacrymale, qui n'est pas causée par une carie osseuse, guérit assez rapidement par un large débridement du ligament palpébral interne suivi ou non, selon les cas, de la cautérisation du trajet fistuleux.

S'il y a quelque complication osseuse qui amène des récidives, il faut faire avec soin la destruction du sac au thermo-cautère. Il en sera de même si l'on a affaire à un malade ayant déjà subi des atteintes de kératite infectieuse grave.

On fera aussi la destruction du sac si l'on ne peut parvenir à rétablir la perméabilité de l'orifice inférieur du canal nasal.

La dilatation très exagérée du sac pourra exiger son extirpation partielle ou totale, mais seulement si elle est arrivée à un degré tel qu'une large incision avec lavages répétés ne puisse restreindre à une juste mesure le catarrhe aggravé par l'atonie complète des parois musculaires.

Il faut traiter les affections des voies lacrymales résultant d'infections générales diathésiques par la thérapeutique appropriée à ses infections.

Pour M. Despagnet, le larmoiement par hypersécrétion est très rare, et celui produit par défaut de sécrétion est dû le plus souvent à un catarrhe de la muqueuse du sac lacrymal qui amène un œdème de cette muqueuse avec végétations et sécrétion d'un liquide visqueux. On ne doit donc chercher qu'une chose : la modification de cette muqueuse. Au début, on se servira des cathétérismes modérés, des injections antiseptiques et astringentes. Si le larmoiement persiste, c'est qu'il y a des plis, des fongosités de la muqueuse qui forment de véritables cloaques. Dans ces cas, M. Despagnet ouvre le sac par une ponction de la paroi antérieure; puis, écartant fortement les lèvres de la plaie, il met à découvert l'intérieur du sac qu'il antiseptise par des lavages avec une solution de sublimé à 1/1000. Cela fait, il pénètre à l'intérieur avec une curette demi-mousse et il pratique l'abrasion de la muqueuse qui saigne abondamment après ce curettage. S'il y a des végétations trop saillantes, il les excise. Si ce sac est trop augmenté de volume, il le réduit en enlevant une portion de la paroi antérieure. Puis il recommence les lavages, et, l'hémostase obtenue, il touche les parois du sac avec un mélange de sublimé et de glycérine à 1/200. Léger pansement compressif. On renouvelle les lavages et attouchements avec la glycérine au sublimé plusieurs fois par jour, et

cela pendant huit à dix jours que la plaie met à se fermer. On continue ensuite les lavages par les points lacrymaux. Cette opération, qui s'applique aux larmoiements anciens avec ou sans mucocèle, au phlegmon du sac, est peu douloureuse.

L'appareil excréteur des larmes est toujours conservé. M. Despagnet combat l'excision de la portion palpébrale de la glande lacrymale préconisée, dans ces cas, par M. de Wecker et la regarde comme illogique.

M. Trousseau rappelle qu'il est possible de rectifier par diverses opérations les positions vicieuses des points lacrymaux. Parfois, il est impossible, même par des incisions répétées, de maintenir les canalicules béants. Les dacryocystites des nouveau-nés sont le plus souvent d'origine nasale et non syphilitique. On ne doit pas cathétériser les voies lacrymales, mais traiter le catarrhe nasal par des injections. Ce traitement, très simple, est le seul possible chez le nouveau-né.

M. Parinaud reconnaît que l'infection joue un certain rôle, mais l'obstacle mécanique a aussi son importance, et, quand il est établi, c'est lui qui domine la pathogénie des accidents. Même, quand il n'y a pas de rétrécissement fibreux, la perméabilité n'existe pas toujours et la dilatation du sac gêne autant l'excrétion des larmes que le rétrécissement.

On doit débrider un peu l'orifice lacrymal et, de plus, traiter la dilatation du sac par des applications de pâte de Vienne, dont on limite l'action avec un petit tube de verre; Avec des applications faites à huit jours d'intervalle, on agit suffisamment sur les parois du sac.

M. Grandclément, dans le catarrhe des voies lacrymales, conseille au malade de presser fréquemment sur le sac avec l'index, de masser la région. On joint à ce traitement l'emploi du cathétérisme et des injections.

M. Gillet de Grandmont pense que le débridement des points lacrymaux est inutile; il suffit de faire la dilatation simple.

M. de Wecker rappelle que l'ablation de la glande palpébrale n'a pas pour but de combattre les dacryocystites, mais est dirigée contre les larmoiements rebelles.

M. Galezowski a vu souvent des malades venir le consulter pour de la photophobie, de l'asthénopie, tandis qu'il ne s'agissait que d'un rétrécissement des voies lacrymales. Ce rétrécissement siège souvent sur le canal nasal. D'autres fois, il y a un spasme des fibres musculaires qui entourent le canal; l'emploi de sondes de gros calibre est alors nécessaire.

Dans le larmoiement simple, M. Vignes conseille la dilatation des canalicules lacrymaux, à laquelle il joint, si besoin est, l'usage du cathétérisme. Après avoir passé sa sonde, il fait un lavage avec l'eau naphtolée à 1 p. 2,500.

Quand le sac est dilaté et rempli de pus, il le détruit par le thermo cautère; il obtient d'excellents résultats que l'on peut attribuer à la diminution de la sécrétion par action réflexe.

M. Motais ne croit pas qu'il faille rejeter absolument les sondes à demeure.

Dans les cas graves où les curettages, les cautérisations du sac sont pratiquées, surtout lorsque la cause des accidents remonte à des affections osseuses, il peut être indiqué de se mettre en garde contre un rétrécissement fibreux attribuable en partie au processus pathologique, en partie au traitement lui-même; dans ces cas, les sondes à demeure ont donné d'excellents résultats. Il ajoute que ce cathétérisme permanent est presque nécessaire lorsque le malade ne peut revenir souvent.

MM. Coppez et Chevallereau ont pu observer plusieurs cas de tumeurs lacrymales congénitales, et M. Wicherkiewiez a vu la dacryocystite causée par la syphilis héréditaire.

M. Panas divise les méthodes de traitement des tumeurs lacrymales en deux classes : une méthode ancienne dans laquelle on s'attaquait aux voies lacrymales altérées; une méthode moderne qui cherche à rétablir la perméabilité des voies lacrymales. Les deux ne s'excluent pas, et M. Panas reconnaît toujours une grande valeur à la destruction du sac.

Il faut faire la cautérisation à ciel ouvert en fendant le tendon de l'orbiculaire; la cautérisation ignée est la meilleure et a permis à M. Panas de guérir des cas dans lesquels tout avait échoué. Les succès que l'on obtient ainsi prouvent que le larmoiement tient en grande partie à une sécrétion exagérée des larmes qui se fait par voie réflexe,

L'enlèvement de la glande lacrymale palpébrale n'est pas nécessaire dans les cas de tumeur lacrymale. Il faut y avoir recours seulement dans les cas où le sac n'est pas atteint, mais où il y a rétrécissement permanent, ou oblitération du canal ou des canalicules. L'opération provoque la sclérose de la glande orbitaire en oblitérant complètement ses canaux excréteurs.

M. Suarez de Mendoza fait remarquer que l'incision des points lacrymaux peut être nécessaire quand la déviation est la seule cause ou l'une des causes du larmoiement..

Le ptosis congénital. — M. Gillet de Grandmont préconise l'opération suivante, qui évite la formation de cicatrices verticales des paupières et peut être appelée : *Résection tarso-musculaire :*

Après avoir saisi la paupière supérieure dans la pince de Snellen, inciser la peau parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 3 à 4 millimètres et dans une longueur d'environ 2 centimètres 1/2;

Soulever les deux lambeaux cutanés, détacher et exciser, dans la portion correspondante, le muscle orbiculaire, de façon à mettre à nu la totalité du cartilage tarse, presque depuis le bord ciliaire jusques et y compris le muscle orbito-palpébral de Sappey, vulgairement désigné sous le nom de tendon de l'élévateur;

Inciser toute l'épaisseur du cartilage tarse dans une étendue de 2 centimètres environ, parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 2 à 4 millimètres de ce bord;

Décrire une incision curviligne à concavité inférieure, allant d'une extrémité de la première incision du cartilage à l'autre extrémité. Cette incision doit occuper toute l'épaisseur des téguments, de telle façon que, le lambeau enlevé, on aperçoive la plaque d'ébonite de la pince de Snellen. La hauteur de la partie moyenne du lambeau doit être égale à l'estimation faite de la valeur du ptosis.

Suturer, à l'aide de trois points de catgut 00, le lambeau supérieur ou orbito-palpébral avec le lambeau inférieur ou tarsal, sans toucher à la peau. Il est entendu que la ligature des fils n'est faite que lorsqu'on a relâché la pression de la pince de Snellen.

De la peau on n'a pas à s'occuper; le rapprochement est tel que, immédiatement après l'opération, on n'aperçoit qu'un pli cutané correspondant au pli palpébral naturel.

M. Dehenne préconise le procédé de Dronsart, qui remplace le muscle releveur palpébral absent par le muscle frontal, que des tendons artificiels en catgut naphtolé relient au bord supérieur du cartilage tarse.

M. Boucheron diminue l'action du sphincter de la paupière, qu'il résèque, et enlève une quantité suffisante du cartilage tarse, afin d'en diminuer le poids. L'opération se fait par la face interne de la paupière et, par conséquent, ne laisse pas de cicatrices.

(A suivre.)

Société française d'otologie et de laryngologie.

Réunion annuelle.

M. Moure a observé des *faux empyèmes de l'antre d'Highmore.* Au niveau du cornet moyen qui s'hypertrophie, il se fait une sécrétion abondante de pus fétide qui, quand on fait l'examen rhinoscopique, semble sourdre de l'orifice de l'antre d'Highmore; en pressant avec un stylet, ce pus s'écoule en dehors. Une opération très simple, la destruction du cornet malade par le galvano-cautère, suffit à guérir les malades.

Pour M. Luc très souvent la mauvaise dentition est la cause des abcès du sinus. Sur 30 cas, une seule fois on ne pouvait pas invoquer l'altération des dents; il faut alors atteindre la cavité en perforant la fosse canine.

D'après M. Ruault, la recherche de la transparence à l'aide de la lampe électrique est très utile pour le diagnostic des abcès. Quand la région sous-orbitaire laisse passer la lumière, tandis que l'antre est opaque, on peut affirmer la présence du pus qui s'accumule dans la partie supérieure du sinus dans l'aspiration qui précède l'acte de se moucher.

M. Gouguenheim ne pense pas que l'on doive opérer par la fosse canine et préfère enlever les dents; on bouche l'orifice par une canule avec obturateur qui empêche l'entrée des débris alimentaires dans la cavité.

M. Moure a vu l'abcès du sinus consécutif à des coryzas; les dents peuvent être parfaitement saines. Enfin le bord inférieur de l'orbite peut rester transparent dans l'empyème.

Intubation du larynx. — M. Mossei l'a employé dans 12 cas; il s'agissait de syphilis, de tuberculose, de papillome, etc. La dilatation permanente est excellente contre les sténoses aiguës et chroniques. L'opération n'offre pas de difficultés dans l'œdème de la glotte.

Pilocarpine dans l'œdème de la glotte. — M. Suarez de Mendoza a pu éviter une trachéotomie dans un cas d'œdème glottique en injectant en trois fois à vingt minutes d'intervalle 25 milligrammes de pilocarpine.

M. Garel a vu un *papillome* de la corde vocale gauche, ayant nécessité la trachéotomie, disparaître spontanément chez une enfant de 4 ans.

Surdité dans l'otite moyenne. — M. Miot : Avant comme après la perforation du tympan, la surdité subit l'influence des variations de l'état météorologique. Souvent, l'audition devient meilleure quand une hypérémie de la caisse entraîne l'évacuation d'une certaine quantité de liquide. On peut remplacer cet état pathologique en instillant de la vaseline liquide avec ou sans iode qui est admirablement supportée.

M. Chatelier pense que les injections peuvent amener la production d'hyperplasies. L'ablation du marteau, faite dans un cas où il y avait des bourdonnements internes, ne lui a pas donné d'amélioration.

M. Miot a vu, au contraire, l'enlèvement des osselets faire disparaître les bruits subjectifs.

Syphilis héréditaire tardive des fosses nasales. — M. Naquet en a observé un cas caractérisé par des ulcérations de la sous-cloison, la présence de mucosités épaisses, noirâtres et à odeur fade dans les fosses nasales, la perforation de la cloison. Il y avait d'autres stigmates de syphilis héréditaire et le traitement spécifique eut les plus heureux effets.

M. Gallé a eu deux cas dans lesquels l'examen des fosses nasales a permis de poser le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

Pour éviter le *coryza chronique après ablation des tumeurs adénoïdes*, M. Madeuf conseille d'introduire dans les fosses nasales des lanières de mousseline qui limitent l'introduction de l'air; M. Moure préconise des irrigations antiseptiques et M. Noyvet des cautérisations de la muqueuse.

M. Lacoarret décrit les *arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne.* C'est elle qui existe dans beaucoup de cas d'œdème aigu du larynx que l'on attribue au froid. L'arthrite est le plus souvent due à la propagation; il existe aussi des arthrites traumatiques et blennorrhagiques. L'inflammation infectieuse se voit dans la convalescence des fièvres graves et éruptives.

Otite moyenne purulente et tumeurs adénoïdes. — M. Wagnier a reconnu la relation qui existe entre les deux affections. Lorsque l'on a pu enlever les végétations la guérison de l'otite se produit très rapidement.

BIBLIOTHÈQUE

Recueil de faits cliniques, 1885-1886, par MM. H. Bernheim et P. Simon.
Paris, O. Doin, 1890.

L'ouvrage de MM. Bernheim et Simon ne peut s'analyser. Ce sont des études cliniques qui ont été publiées dans la *Revue médicale de l'Est* et que les auteurs ont réunies en un volume. Nous tenons cependant à parler de cette publication, car on y trouvera un grand nombre de documents cliniques judicieusement exposés. Nous signalerons particulièrement les leçons sur : Le cancer primitif du poumon, la néphrite diffuse subaiguë, les tumeurs du cervelet, la fièvre typhoïde, l'insolation et l'antifébrine. — P. Ch.

Les erreurs scientifiques de la Bible, par le docteur Emile Ferrière.
Paris, F. Alcan, 1891.

Le Concile de Trente avait décrété, en 1546, que tous les livres, tant de l'ancien que du nouveau Testament, étaient vrais et que Dieu en était l'auteur. Depuis, la science a progressé et les erreurs scientifiques de la Bible, que personne n'essaie plus de défendre, sont toujours déclarés vérités par l'Eglise.

M. Emile Ferrière s'est proposé de combattre cette attribution d'une rédaction divine de la Bible. Les âmes entièrement croyantes n'ont donc à craindre ni troubles ni remords en se laissant convaincre, par l'évidence des faits, qu'elle est une œuvre humaine et exclusivement humaine. D'un autre côté, M. Emile Ferrière rétablit la valeur intrinsèque de la Bible, devenue l'un des monuments les plus précieux et les plus instructifs que nous ait légué l'antiquité; la comparaison entre ces temps reculés et l'époque moderne met de plus en pleine lumière les immenses progrès accomplis par l'esprit humain. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Pyoktanine dans le cancer. — Traitement des tumeurs malignes intra-oculaires. — Statistique d'opérations.

M. Quénu a essayé la pyoktanine chez des tuberculeux et des cancéreux. Un des tuberculeux n'a pas été amélioré; chez un autre, les tumeurs ganglionnaires du cou ont beaucoup diminué; le malade se trouve dans un état beaucoup meilleur.

Les résultats dans le cancer sont presque nuls. Dans un cas d'épithélioma du plancher de la bouche, il s'est produit un œdème considérable de la face, sans amélioration locale. Un malade atteint de lympho-sarcome a vu sa tumeur continuer à se développer. A l'autopsie de ce dernier, on a pu constater que, seul, le centre des ganglions était ramolli, la coque et les voies lymphatiques voisines n'avaient pas été atteintes.

— M. Lagrange (de Bordeaux) fait une communication sur le *pronostic et le traitement des tumeurs malignes intra-oculaires*. Actuellement, les tumeurs malignes sont divisées en trois variétés : le sarcome mélanique du tractus uvial, le sarcome blanc de la même région, le gliome de la rétine.

Les sarcomes mélaniques sont les plus malins et la mélanie indique un caractère infectieux. Tantôt la tumeur récidive après l'ablation et localement, tantôt elle se généralise. Les deux modes d'évolution ont une fréquence à peu près égale. La récidive locale tient le plus souvent à un enlèvement incomplet des tissus malades, car à la périphérie d'un globe oculaire énucléé, on peut souvent voir des cellules sarcomateuses sortir des vaisseaux.

Les sarcomes blancs sont beaucoup moins fréquents. Il y en a deux formes : dans l'une, les cellules sont petites, rondes, le sarcome est embryonnaire ; dans l'autre, les cellules sont puriformes. La première forme récidive bien plus facilement. La propaga-

tion se fait par la gaine des vaisseaux ou par celle du nerf optique; il faut donc enlever tout le contenu de l'orbite pour éviter la repullulation.

Le gliome de la rétine a un pronostic moins mauvais, et il y a des variétés relativement peu graves. Les survies de plusieurs années se voient encore assez souvent.

D'une façon générale, l'énucléation de l'œil n'est pas suffisante dans les tumeurs malignes intra-oculaires, et il vaut beaucoup mieux faire l'évidement total de la cavité orbitaire, c'est-à-dire enlever tous les tissus qui y sont contenus. Le sarcome puriforme, le gliome endophyte peuvent être traités par l'évidement.

M. Lucas-Championnière croit que les récidives se produisent quel que soit le mode de traitement dirigé contre le sarcome mélanique de l'œil; il s'agit là d'une des formes de cancers les plus infectieuses, et le plus sage est de s'abstenir. Les opérations les plus larges ne peuvent rien pour empêcher la récidive des tumeurs mélaniques. M. Lucas-Championnière a toujours vu la récidive et la généralisation rapides.

M. Berger, au contraire, ne pense pas que l'on doive toujours s'abstenir. La récidive peut ne se faire qu'après longtemps et permettre elle-même des opérations successives. Au même malade, il a fait successivement l'ablation d'un sarcome du pouce, l'amputation de ce doigt, l'amputation de l'avant-bras et la désarticulation de l'épaule. Actuellement, le patient se porte bien depuis un an et demi.

M. Delens a opéré l'année dernière, un jeune homme d'une tumeur mélanique de la conjonctive. Il n'y a pas eu jusqu'à présent trace de récidive bien que l'ablation date de quinze mois.

M. Lagrange admet bien la malignité spéciale de tumeurs mélaniques de l'œil, mais il croit que l'on doit opérer largement, car il est certain qu'il y a des cas de guérison, Fuchs en a publié au moins quinze.

M. Tillaux pense aussi que l'on doit intervenir. Dans un cas, il a pu avoir une survie de trois ans; dans un autre, l'opération a pu faire cesser de très vives douleurs et améliorer beaucoup la situation. En général, la récidive pour les cancers mélaniques d'une partie quelconque du corps, se fait non localement, mais dans les ganglions. La survie peut attendre plusieurs années.

Il y a deux ans, M. Kirmisson a enlevé un sarcome mélanique de l'aine. Il se produit aujourd'hui un petit noyau de récidive dans la cicatrice, mais l'ablation en sera facile.

M. Lucas-Championnière n'opère que les cancers mélaniques qui s'accompagnent de vives douleurs et marchent très rapidement; dans le cas contraire, il conseille l'abstention chirurgicale.

— M. Terrier communique la statistique des opérations qu'il a faites à Bichat en 1890. Cinq cent soixante-quatre opérations ont donné 46 morts, soit 8,12 p. 100 de décès. Il n'y a pas eu d'érysipèles, et les morts par accidents septiques ne sont qu'au nombre de 13, dont 10 seulement d'origine opératoire.

— M. Tuffier présente un enfant qui a été opéré, à l'âge de 10 jours, d'une hernie inguinale étranglée renfermant le cœcum.

De quelques nouvelles médications.

Thérapie de l'ozène, par le docteur P. Meyjer (d'Amsterdam).
(*Revue de laryngologie*, 1891, 7).

La méthode de l'auteur consiste dans le tamponnement alternatif des deux narines. Les tampons, retirés au bout de vingt à trente minutes, sont couverts de mucosités claires et peu épaisses. On enlève ainsi, dit il, les croûtes beaucoup mieux qu'avec les injections. On retire avec des tampons secs les mucosités adhérentes et la muqueuse est alors dans les meilleures conditions d'absorption.

M. Meyjer introduit alors la longue canule d'un pulvérisateur profondément dans les narines et il pulvérise ainsi dix à douze gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, en évitant d'humecter les parties de la muqueuse placées en avant, ce qui occasionnerait des douleurs de tête, du larmoiement, etc.

Il élève rapidement la concentration de la solution, et à la fin de la première semaine il emploie déjà la solution à 25 p. 100; il continue journellement toute la seconde semaine; et, la troisième, il ne l'emploie plus que tous les deux jours. — P. N.

Fluosilicate de sodium, par M. Crosky (*Scalpel*, 1891).

Le fluosilicate de soude est un puissant antiseptique. Une solution aqueuse contenant seulement 0 gr. 05 pour 25 parties suffit déjà aux besoins de l'antisepsie. Cette solution n'irrite pas les mains, n'attaque pas les instruments. Elle peut être injectée sans danger dans les cavités closes où on peut même la laisser. En solution plus concentrée, le fluosilicate désinfecte énergiquement les mains et constitue le désodorisant le plus efficace; il se prête parfaitement à la confection des objets de pansements tels que ouate, gaze, etc.

Pour obtenir le fluosilicate, il suffit de faire passer un courant d'acide fluosilicique à travers une solution saturée de carbonate de soude. — P. N.

FORMULAIRE

Pilules contre la leucorrhée. — Braun.

Sulfate de fer cristallisé	4 grammes.
Carbonate de potasse	4 —
Ergotine pure	1 gram. 50 centigr.
Extrait et poudre de réglisse	q. s. pour 50 pilules.

Deux à trois pilules, le matin, à midi et le soir, contre la leucorrhée des femmes chloro-anémiques, lorsqu'elle s'accompagne d'un écoulement sanguinolent. — S'il existe de la constipation, sans écoulement vaginal sanguinolent, on remplace, dans les pilules ci-dessus, l'ergotine par 2 grammes d'aloès. — N. G.

COURRIER

Récompenses. — Par arrêté, en date du 16 avril 1891, le ministre de l'intérieur, sur l'avis conforme du Comité de direction du service de l'hygiène, a décerné des médailles d'honneur en argent et en bronze aux médecins militaires et infirmiers ci-après désignés, en récompense du dévouement exceptionnel dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur les troupes de la brigade d'occupation de Tunisie, pendant le deuxième semestre 1890.

Médailles d'argent : Docteur Schoull, médecin-major de 2e classe, médecin traitant à l'hôpital mixte du Bolvédère, à Tunis; docteur Bernardy (Nicolas), médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'hôpital annexe du Kef, à Tunis.

Médailles de bronze : Achard (Jean-Louis), caporal de visite; Laurence (Jérémi-Élisée) et Grange (Baptiste), soldat à la 21e section d'infirmiers militaires, attachés aux hôpitaux de Tunis.

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 3 août 1891, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 29 juin jusqu'au samedi 18 juillet inclusivement de onze heures à trois heures.

Hospices de Rouen. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Foitin.

— M. le docteur Fol est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier les éponges du bassin de la Méditerranée.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — *Le cachet d'un oculiste du deuxième siècle. — Deux remèdes perdus.* — M. Espérandieu a communiqué la semaine dernière à l'Académie des inscriptions et belles-lettres les inscriptions du cachet de Sextus Flavius Basilius, oculiste vivant, suivant l'opinion la plus générale, au deuxième siècle de notre ère. Ce cachet, en stéatite, récemment découvert à Merdrignac (Côtes-du-Nord), mentionne deux médicaments inconnus, l'*amathystinum* et le *trigonum*. On est en droit, dit M. Espérandieu, d'établir quatre hypothèses en ce qui touche le mot *amathystinum*; ce médicament paraît avoir été nommé ainsi, dit encore cet auteur : 1° ou parce qu'il était fabriqué avec de la poudre d'améthyste; 2° ou parce qu'il était précieux comme l'améthyste; 3° ou parce qu'il était violet; 4° ou bien encore parce qu'il contenait une plante labiée réduite en poudre qui, de nos jours encore, est appelée améthyste. M. Espérandieu ne se prononce pas, mais préfère croire que l'amathystinum était un collyre fabriqué avec de l'améthyste. En ce qui touche le deuxième médicament, le trigonum, M. Espérandieu pense que c'était, selon toute apparence, un collyre à base de verveine.

La médecine légale au Missouri. — Il est probable que, même dans cette branche des sciences médicales, nous serons obligés d'aller chercher un exemple à l'étranger, au point de vue de la législation. Au moment même où notre Chambre des députés décidait, malgré l'avis si compétent de M. Brouardel, que *tout médecin* pourrait être requis comme expert, le Parlement de l'Etat de Missouri votait un bill enjoignant à tous les « medical collèges » de cet Etat d'exiger des docteurs des épreuves sérieuses de médecine légale à leurs examens, ceux-là seuls pouvant faire de bons experts, qui auraient donné la preuve de leurs connaissances spéciales. Evidemment, ce n'est pas encore l'organisation des médecins légistes spécialisés, mais, du moins, c'est un pas dans la voie indiquée par M. Brouardel. (*Bull. méd.*)

Enseignement médical libre. — *Hôpital Saint-Louis.* — M. Du Castel commencera le mercredi 13 mai, à quatre heures du soir, dans la salle des conférences, une série de leçons de séméiologie et de clinique syphiligraphiques et la continuera les mercredis de chaque semaine à la même heure.

Les lundis, polyclinique, opérations dermatologiques, lupus, etc., salle Emery, à neuf heures et demie.

Les mardis, polyclinique. Maladie des femmes, salle Lorry, à neuf heures.

Les jeudis, consultation externe, à neuf heures.

Les vendredis, examen des nouveaux, salle Hillairet, à neuf heures.

Les samedis, maladies du cuir chevelu, salle Emery, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Terrillon commencera, le mercredi 13 mai, ses leçons à la Salpêtrière, sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bories (de Nanterre), Cazin (de Berck-sur-Mer), Mauricet, médecin honoraire des hospices de Vannes, chevalier de la Légion d'honneur.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — Conférences de pathologie interne.

La dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal (1)

Par M. le docteur Pierre Marie, professeur agrégé.

Messieurs,

C'est Cruveilher qui, le premier, remarqua l'existence, dans les pédoncules, de traînées grisâtres de dégénérescence; mais il ne put suivre ces traînées plus bas, et sa découverte resta forcément incomplète.

Turck (de Vienne), en 1851 et 1855, découvrit la dégénération secondaire dans la moelle, notamment dans le faisceau pyramidal direct qui, pour cette raison, porte le nom de faisceau de Turck.

Charcot, Vulpian, Cornil, Leyden étudièrent ensuite ces dégénérescences.

En 1866, Bouchard publia, dans les *Archives de médecine*, un mémoire fondamental qu'il faut encore consulter aujourd'hui.

Enfin la thèse de Brissaud, que j'aurai souvent à citer, date de 1880.

Un certain nombre de conditions sont nécessaires pour que les dégénérations secondaires puissent se produire.

En premier lieu, il faut que la lésion soit sur le trajet du faisceau pyramidal depuis les circonvolutions jusqu'au bulbe, en passant par le centre ovale, la capsule interne, le pédoncule et la protubérance. Il faut ensuite que cette lésion soit destructive. C'est ainsi que les lésions superficielles de la substance grise des circonvolutions (méningite superficielle) n'amènent pas la dégénération; il en est de même, habituellement, des lésions par compression.

Les fibres du faisceau pyramidal ont leur centre trophique dans l'écorce; ce qui dégénère à la suite d'une section, c'est donc le bout périphérique du faisceau. Il faut un certain temps pour que la lésion se produise. Pour Bouchard, — on ne connaissait pas encore les réflexes tendineux, — elles commencent à se montrer vers le sixième jour, les symptômes ne devenant apparents que vers le vingtième jour. Pitres a vu le phénomène du pied survenir vingt heures et même dix heures après le début de l'hémiplégie; mais, en général, on ne peut le constater qu'au bout de huit ou quinze jours.

Anatomiquement, la dégénération se caractérise par la destruction du cylindre axe, la destruction de la gaine de myéline et l'apparition d'élé-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

ments spéciaux dits corps granuleux, corpuscules chargés de granulations graisseuses.

La place des fibres dégénérées est remplie par la névroglie qui prolifère. Pour quelques auteurs, il y aurait là une inflammation véritable par propagation de l'inflammation destructive du tissu du faisceau. Bouchard admet simplement l'existence d'une prolifération simple destinée à combler le vide qui se produit dans la moelle. Il est très probable que c'est cette dernière opinion que l'on doit admettre.

Le grand symptôme de la dégénération du faisceau pyramidal est la *contracture*. Cette contracture revêt différentes apparences. Dans les cas où elle est très accentuée, il y a, au membre supérieur, flexion du membre avec pronation; au membre inférieur, extension avec adduction. Mais, dans d'autres cas, la contracture est latente, imminente, selon l'expression de Brissaud qui a bien étudié ces faits.

Chez un hémiplégique, peu de temps après l'apparition de la paralysie, on constate le phénomène du pied, puis l'exagération du réflexe rotulien. Le temps perdu, c'est-à-dire celui qui s'écoule entre l'excitation du tendon et l'apparition du mouvement, devient plus court; il est de 38/1000e de seconde au lieu de 45/1000e; de plus, la contraction est plus forte; souvent même elle devient multiple, de telle sorte que la répétition des secousses conduit à la contraction permanente.

La pathogénie de la contracture a été très discutée. Follin pensait que, chez les hémiplégiques anciens, les déformations étaient dues à des rétractions des muscles et des parties molles.

Hitzig a prétendu que la contracture était due à ce que les impulsions motrices du côté sain en se répandant du côté malade amenaient, par une sorte de série de mouvements associés, la contracture des membres de ce côté.

Quelques auteurs, et leur opinion est citée et adoptée dans la thèse d'agrégation de Straus qui date de 1875, pensent que la contracture n'est que l'exagération du tonus musculaire.

Brissaud, en 1880, a fait voir que les contractures n'étaient dues qu'à la contraction permanente des muscles, car, en les anémiant avec la bande d'Esmarch, il a constaté qu'au bout de cinq à vingt minutes la contracture cessait et que le membre prenait toutes les attitudes qu'on lui imprimait Il n'y a donc, à part quelques rares exceptions, ni brides fibreuses, ni déformations articulaires. Pour lui, la contracture n'est autre chose qu'une activité musculaire permanente; la malade est alors dans un état de « strychnisme spontané » (Charcot).

A ce propos, Messieurs, je dois vous signaler ici un point de pratique important. N'employez jamais la faradisation chez un hémiplégique, car ce mode d'application de l'électricité serait suivi de l'exagération des contractures.

Vulpian pensait que la contracture était due non seulement à l'activité exagérée de la moelle causée par la disparition du faisceau pyramidal, mais encore et surtout à l'irritation qu'entretenait sur la moelle pendant la série consécutive des années, la sclérose dépendant de la dégénération de ce faisceau.

En fait, Messieurs, la contracture des hémiplégiques peut être actuellement considérée comme due à l'activité permanente et non réglée de la substance grise de la moelle par suite de la perte de l'action d'arrêt et de

réglage qu'exerçait le faisceau pyramidal ; pour moi, je me demande si le rôle de la sclérose du faisceau pyramidal n'est pas inverse de celui que lui attribuait Vulpian. Si, au moment de l'apoplexie et pendant les premiers jours qui la suivent, la contracture fait défaut, c'est parce que le faisceau pyramidal n'est pas encore détruit; il n'est que sectionné, mais son bout périphérique non encore détruit suffit pour assurer non plus le réglage précis de la moelle, puisqu'il a cessé d'être en communication avec les centres volontaires, mais au moins l'enrayage de l'action de celle-ci. Mais à mesure que ce bout périphérique dégénère, cette action d'arrêt s'affaiblit et finit par disparaître ; la contracture s'établit alors par fonctionnement exagéré non modéré et non réglé de la substance grise médullaire.

La production des *mouvements associés* dépend aussi de la lésion du faisceau pyramidal. Le phénomène, vous le savez, consiste en ce que le côté malade ébauche les mouvements que le côté sain exécute complètement.

C'est Westphal qui, en 1872, a fait des mouvements associés la première description méthodique ; il les a attribués à ce que l'incitation motrice est apportée au côté paralysé par le faisceau pyramidal du côté opposé grâce aux fibres commissurales. Schiefferdecker pense qu'il s'agit d'une incitation propagée de l'un à l'autre aux différents groupes voisins des cellules antérieures de la moelle. Enfin Woroschiloff et Weiss attribuent les mouvements associés à ce que chaque moitié de la moelle reçoit les fibres motrices provenant des faisceaux pyramidaux de chaque côté.

Je ne ferai que mentionner l'athétose, l'hémichorée et le tremblement, symptômes qui se rencontrent dans des lésions incomplètes du faisceau pyramidal, car certains auteurs les attribuent plus particulièrement à une lésion de la couche optique.

Les membres du côté sain participent dans une certaine mesure aux phénomènes présentés par ceux du côté malade. Soit, par exemple, une lésion cérébrale siégeant du côté droit; le membre gauche sera paralysé, mais, de plus, le côté droit perdra une partie de sa force. Ce fait a été vu, dès 1875, par Westphal, qui a fait remarquer à cette époque que, dans certains cas d'hémiplégie, la jambe du côté sain présente le clonus du pied. En 1879, Brissaud a signalé la rétraction des deux jambes chez certains hémiplégiques et, en 1882-84, Pitres et son élève Dignat ont étudié ces phénomènes d'une façon toute spéciale.

Pitres a rassemblé 10 cas de dégénération des deux faisceaux pyramidaux croisés à la suite d'un foyer cérébral unilatéral. Dans 6 cas, la lésion des deux faisceaux pyramidaux croisés était également développée; il semblait que la sclérose s'étendait sur un territoire un peu plus large que lorsqu'elle est unilatérale, mais, en revanche, elle était moins compacte. Dans les 4 autres cas, la sclérose était plus marquée dans le faisceau pyramidal croisé du côté opposé à la lésion cérébrale.

Dans les 6 cas à dégénération égale du pyramidal croisé, le pyramidal direct était complètement indemne de dégénération dans 2 cas ; — dans 2 autres cas, il était également dégénéré des deux côtés ; — dans un dernier cas, il n'était dégénéré que d'un côté.

Sur les 4 cas avec dégénération prédominante dans le pyramidal croisé du côté opposé au foyer, — 2 ne présentaient aucune dégénération du pyramidal direct ; — 1 avait une dégénération double inégale de ce faisceau ; — chez ce dernier, on ne trouvait qu'une dégénération d'un seul pyramidal direct, celui du même côté que le pyramidal croisé le plus dégénéré.

Pour expliquer cette double lésion du pyramidal croisé, Charcot a supposé que les fibres d'un pyramidal croisé se rendaient au pyramidal croisé du côté opposé en passant par la commissure antérieure et continuaient dans ce dernier. Mais Pitres fait observer qu'on devrait alors trouver, dans la commissure antérieure, des fibres dégénérés, et qu'il n'a jamais pu en voir.

Hallopeau a voulu expliquer le fait en disant qu'au niveau de l'entrecroisement des pyramides, celle du côté où siégeait le foyer étant dégénérée, communiquait, par contiguïté, l'inflammation dont elle était atteinte à celle du côté opposé, grâce à l'intrication des fibres. Pitres répond qu'alors l'inflammation devrait avoir aussi gagné les parties voisines, ce qu'il n'a jamais observé.

Pitres pense que ces faits prouvent que les faisceaux pyramidaux peuvent se distribuer encore d'autres façons que celles signalées par Flechsig, et que, notamment, le faisceau pyramidal d'une hémisphère peut se distribuer à la fois dans les deux pyramidaux croisés et les deux pyramidaux directs.

Cette double dégénération du pyramidal croisé ne se traduit d'ailleurs nullement d'une façon toujours bien nette en clinique; en effet, la diminution de la force musculaire existerait des deux côtés chez tous les hémiplégiques, même chez ceux qui n'ont qu'une lésion unilatérale (Friedlander); — l'exagération du réflexe rotulien, le phénomène du pied peuvent s'observer des deux côtés, même dans les cas de lésion unilatérale; d'autre part, la lésion bilatérale peut exister sans qn'on observe la contracture des deux jambes; cette dernière n'a été vue que deux fois dans les 10 cas de Pitres. Il est cependant très vraisemblable que, dans ces cas, les troubles de la marche et de la station sont plus fréquents et plus marqués.

Cliniquement (Dignat), le membre supérieur sain n'est jamais raidi par une contracture secondaire, ni le siège d'épilepsie spinale. La force est amoindrie d'environ 38 p. 100, et la diminution est d'autant plus marquée qu'on est plus près du début de l'hémiplégie. Dans l'hémiplégie droite, la diminution de la force du membre supérieur gauche est notablement plus forte (22 kilogr.) que celle du membre supérieur droit dans l'hémiplégie gauche; ce sont du moins les conclusions que Friedlander a tirées de ses recherches.

Le membre inférieur sain a sa force amoindrie d'environ 50 p. 100; la diminution est donc plus grande que pour le membre supérieur. De plus, il peut y avoir impotence fonctionnelle par une sorte de perte de la mémoire de coordination des mouvements qui peut rendre la marche très difficile ou impossible, bien que la force musculaire soit très suffisante pour les exécuter. On constate encore du côté sain l'exagération du réflexe rotulien et le phénomène du pied.

Si jamais on n'observe, dans l'hémiplégie, la contracture du bras du côté sain, tandis que la contracture de la jambe du même côté est relativement fréquente, cela tiendrait à ce que les fibres du système pyramidal ne doivent pas se distribuer d'une façon analogue pour ces deux membres au point de vue de la bilatéralité de l'innervation; en effet, les deux membres supérieurs sont faits pour agir surtout isolément l'un de l'autre, tandis que la principale fonction des membres inférieurs, la marche, exige la mise en action simultanée de ces deux membres. Telle est du moins l'explication qui me semble la plus plausible.

On peut encore observer, chez les hémiplégiques, une atrophie muscu-

laire parfois très notable. Charcot, Carrier, Hallopeau, Pierret, Leyden, Pitres, Brissaud ont recueilli des faits dans lesquels elle s'accompagnait d'une lésion caractérisée des cornes antérieures. Déjerine a vu des cas dans lesquels, sans lésion des cornes antérieures, on trouvait une névrite parenchymateuse des nerfs des membres atrophiés. Quincke, Babinski, ont publié des observations dans lesquelles il n'y avait de lésions ni des cornes antérieures ni des nerfs périphériques. Enfin Borgherini a vu que l'atrophie, dans l'hémiplégie, pouvait survenir d'une manière très rapide et pour ainsi dire sous une influence trophique cérébrale.

Le cas de Borgherini, Messieurs, est à rapprocher de ceux de paralysie hystérique dans lesquels on constate de l'atrophie musculaire.

Congrès d'ophthalmologie (1).

Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites. — M. TROUSSEAU : Le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre, que l'on emploie dans le traitement des conjonctivites, causent de vives douleurs. On ne peut cependant leur trouver de succédané. Seul, le pétrole brut du Caucase a paru pouvoir être fort utile et est très bien toléré, non douloureux.

Le pétrole doit être appliqué en badigeonnages, avec un pinceau ou une brosse à dents, sur la face interne des paupières retournées et dans les culs-de-sac. Les badigeonnages seront renouvelés deux ou trois fois par jour et leur intensité dépendra de l'état de la muqueuse. Le procédé est bon dans les conjonctivites granuleuses. Dans les conjonctivites catarrhales, l'assèchement est vite obtenu ; il revient plus lentement dans les conjonctivites muco-purulentes, et quelquefois le médicament échoue. Il convient à la période de déclin des inflammations purulentes, dans les conjonctivites folliculaires. Dans les formes granuleuses, tantôt il réussit, tantôt il échoue ; il prépare toujours l'action des autres médicaments en imbibant la muqueuse, qu'il dissocie.

M. DUBIEF a étudié la valeur antiseptique du pétrole ; il entrave le développement des microbes aérobies, parmi lesquels sont ceux de la suppuration ; il n'agit pas sur les spores du charbon.

Le pétrole est indiqué chez les enfants et les personnes pusillanimes.

M. MILLÉE se loue aussi de l'emploi du pétrole brut. Il l'a vu agir aussi bien et aussi rapidement que le nitrate d'argent. Le médicament affaisse et assouplit les granulations.

M. MEYER préconise aussi le pétrole brut. Il peut être employé seul dans les affections bénignes. Dans les conjonctivites graves, il faut lui adjoindre le nitrate d'argent.

De l'ophthalmie sympathique. — M. BOÉ : L'auteur a fait de nombreuses recherches expérimentales sur le phlegmon de l'œil et n'a jamais vu survenir d'ophthalmie sympathique.

M. DEUTSCHMANN admet que l'affection est de nature microbienne et il l'a provoquée en injectant des staphylocoques dans le corps vitré d'un œil.

Pour M. BOÉ, il ne s'agit pas là d'une véritable ophthalmie sympathique, car la marche de cette dernière est lente, elle se produit à la suite de lésions de la région ciliaire, etc.

M. DEUTSCHMANN a trouvé le staphylocoque dans bien des yeux atteints, d'autres n'y sont pas parvenus.

M. ABADIE, qui a admis l'origine microbienne, conseille d'injecter dans l'œil sympathisant une ou deux gouttes d'une solution de sublimé à 1/1000. Or, il se forme immédiatement dans le corps vitré un albuminate de mercure insoluble. Ces injections peuvent provoquer des accidents très graves en inoculant l'œil.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

On doit redouter l'ophthalmie sympathique lorsqu'il y a blessure de la région ciliaire d'un œil.

M. Boé conseille d'extirper de suite ce dernier, surtout si sa fonction est abolie. Si l'œil peut encore servir, beaucoup hésitent, et à tort. Quand il y a simplement contusion, l'ophthalmie sympathique est peu probable.

Injections médicamenteuses intra-oculaires. — M. Abadie : Dans un cas de syphilis oculaire sénile rebelle à l'action des traitements mercuriels les plus énergiques, les injections intra-oculaires de sublimé à la dose d'une goutte d'une solution à 1 p. 1,000 ont donné à M. Abadie un succès éclatant.

L'on sait combien l'on se trouve désarmé en face des glaucomes hémorrhagiques, où ni la sclérotomie, ni l'iridectomie ne donnent de bons résultats, les douleurs devenant parfois tellement atroces que l'énucléation s'impose. M. Abadie a réussi parfois à calmer les douleurs et à éviter le sacrifice de l'œil en injectant dans le corps vitré une goutte d'ergotinine. Il a obtenu également, par ce même médicament, un résultat satisfaisant dans un cas d'œil hydrophthalmique qui était devenu le siège d'une hémorrhagie abondante.

Il tient aussi à signaler les bons résultats obtenus par les injections locales de sublimé dans certaines infiltrations microbiennes de la cornée et dans les nombreuses formes de chorio-rétinites maculaires et disséminées si fréquentes et si souvent méconnues.

Il estime toutefois que, chez ces malades, les injections locales doivent être associées aux injections sous-cutanées de sublimé longtemps prolongées. Cela en vue de l'avenir et pour prévenir les récidives.

M. Darier a essayé systématiquement les injections sous-conjonctivales de sublimé dans différentes maladies oculaires supposées infectieuses.

Dans les iritis spécifiques à forme grave, dans les gommes de l'iris, la guérison se produit après trois ou quatre injections en un temps trois fois plus court que par les traitements classiques. Dans beaucoup d'autres formes d'iritis aiguës, dont il est difficile de déterminer la nature infectieuse, les effets de cette médication sont également très rapides. Il en est de même pour différentes infiltrations cornéennes de la même nature (kératite parenchymateuse bénigne, kératite maculeuse superficielle, etc.)

Certaines maladies du fond de l'œil ont bénéficié également très rapidement des injections sous-conjonctivales (chorio-rétinites centrales, choroïdites, névrites, etc.) Les injections sous-conjonctivales sont indiquées dans tous les cas où il est indiqué d'enrayer le mal à bref délai. Aucune médication ne donne des résultats aussi favorables en un temps aussi court.

Une asepsie parfaite et du liquide injecté et de la seringue est de toute rigueur.

La dose de sublimé doit être de 1/20 de milligramme par injection que l'on peut répéter tous les trois jours.

Quatre ou cinq injections suffisent, dans la plupart des cas, pour amener une guérison complète ou relative. Il est très recommandable de combiner les injections sous-conjonctivales aux injections hypodermiques, toutes les fois qu'il y a indication d'un traitement mercuriel.

M. Pflueger préconise les injections sous-conjonctivales de trichlorure d'iode qui est mieux supporté par l'œil et est plus bactéricide que le sublimé; il emploie la solution à 1/100e qui est étendue à 1/2000 au moment de l'usage.

M. de Wecker combat la pratique des injections dans le corps vitré. Dans une chorio-rétinite syphilitique grave, l'injection d'une goutte de sublimé à 1/1000e lui a donné un très mauvais résultat.

M. Galezowski pense que les frictions mercurielles longtemps prolongées sont seules utiles contre les accidents oculaires de la syphilis.

MM. Martin et Chibret croient que, si les injections de sublimé donnent parfois des accidents, cela tient à leur mode de préparation. Ces accidents ne se produisent pas quand on emploie une solution purement préparée avec de l'eau distillée.

M. Motais pense que les injections dans la cavité de Tenon seraient plus efficaces que celles faites sur la conjonctive.

M. Abadie reconnaît que les injections intra-oculaires peuvent, en certains cas, être dangereuses.

De certaines opacités cornéennes. — M. Teillais a eu trois cas d'opacité cornéenne chez le nouveau-né. Dans un cas, il s'agissait d'un arrêt de développement; dans le second, de la syphilis héréditaire; dans le troisième, de la contusion par le forceps. Dans le dernier fait, il y eut une kératite qui laissa une tache indélébile.

M. Lagrange a recueilli une observation de *sarcome mélanique des paupières*. C'est là une tumeur très rare. Il n'en existe que trois cas dans la science.

Le nystagmus des mineurs. — M. Dransart : Il y a deux formes de nystagmus des mineurs : une légère et une grave. La forme légère n'entraîne pas de troubles fonctionnels et disparaît quelque temps après que l'ouvrier est sorti du puits. Dans la forme grave, il y a parésie de l'accommodation, maux de tête, diplopie, vertiges, amblyopie, etc. Le travail devient souvent impossible.

La plupart des mineurs atteints travaillaient dans des galeries très peu élevées inclinées de 20 à 45 centimètres. Dans cette position, les muscles élévateurs droits et latéraux sont surmenés. Dans les deux formes, l'oscillation ne se produit que quand le regard est dirigé en haut.

Pour l'auteur, il s'agit d'un trouble analogue à la crampe des écrivains.

Le cancroïde de l'angle interne des paupière. — M. Valude : Ce cancroïde forme un type clinique à part, car il a une grande tendance à gagner en profondeur, surtout vers les fosses nasales, par l'intermédiaire du sac lacrymal et du canal nasal. Les prolongements profonds peuvent être très développés lorsque la tumeur extérieure l'est fort peu. Il faut naturellement ouvrir largement le nez et le canal nasal pour évider les cavités. M. Valude conseille de ne pas refermer immédiatement la plaie de l'angle interne par la restauration immédiate; il faut la laisser ouverte pour guetter les récidives et attendre que le bourgeonnement en ait diminué l'étendue avant d'intervenir.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Du paludisme et de son hématozoaire, par le docteur A. Laveran. Paris, G. Masson, 1891.

Le nouveau volume du professeur du Val-de-Grâce se compose de deux parties : l'étude de l'hématozoaire du paludisme et l'exposé du traitement de la maladie. Tous nos lecteurs connaissent la découverte de M. Laveran qui date de 1880 et a été confirmée par des recherches poursuivies sur tous les points du globe. L'auteur a résumé dans un chapitre spécial tous les travaux qui sont parus depuis les siens, et il en résulte qu'il y a concordance remarquable dans les descriptions données en Europe, en Afrique, en Asie et en Amérique. Le parasite est un sporozoaire et il en existe d'analogues chez différents animaux, surtout chez les oiseaux. Les éléments parasitaires divers que l'on rencontre dans le sang représentent différents stades de l'évolution d'un même hématozoaire polymorphe, mais il n'y a pas de rapport direct et constant entre les formes sous lesquelles les hématozoaires se présentent dans le sang et les manifestations cliniques du paludisme. On peut dire seulement que certaines formes parasitaires s'observent plus souvent chez certains malades; les corps en croissant, par exemple, dans les fièvres de rechute et chez les cachectiques.

C'est dans le sang pur et frais qu'on étudie le mieux les parasites. Il suffit de faire une piqure sur la peau d'un doigt propre et sèche et d'examiner avec un grossissement de 400 diamètres; la préparation doit être mince, afin que les hématies se mettent rapidement à plat. Il faut faire plusieurs examens, car les éléments parasitaires sont souvent

peu nombreux; les grains noirs de pigment qu'ils contiennent sont d'utiles points de repère. La dessiccation rapide par la chaleur sur une lamelle est un excellent moyen de conservation du sang et des parasites.

L'ouvrage se termine par une étude très complète du traitement et de la prophylaxie de la malaria. M. Laveran admet le rôle préventif des sels de quinine qui doivent être employés comme prophylactiques. Au moins peut-on espérer que les atteintes de la fièvre seront beaucoup moins fréquentes et beaucoup moins graves. — P. Ch.

GUIDE PRATIQUE POUR LE CHOIX DES LUNETTES, par le docteur TROUSSEAU. Paris, 1891; Société d'éditions scientifiques.

Qu'avaient jusqu'ici à leur disposition les étudiants et les médecins désireux d'apprendre à corriger les troubles si variés de la réfraction? De volumineux traités d'où les notions pratiques ensevelies sous un monceau de considérations et de formules scientifiques ne pouvaient être extraites qu'après de laborieux efforts, ou des ouvrages plus clairs, excellents pour les spécialistes, mais encore trop savants pour le débutant ou pour le praticien. Le docteur Trousseau a pensé qu'un très petit livre, mettant à la portée de tous les notions indispensables pour choisir avec sécurité les verres de lunettes, aurait de grandes chances d'être favorablement accueilli, d'où l'éclosion de ce manuel. Il en a banni toute considération théorique, n'y a maintenu que les seuls renseignements nécessaires à l'étude des anomalies de réfraction et au choix correct des verres. Présenté comme un traité de réfraction il eût pu être déclaré incomplet. Ses allures modestes, son caractère d'utilité *pratique* lui concilieront la sympathie de tous.

REVUE DES JOURNAUX

Etat du cœur dans l'anémie, par H. HANDFORD. (*Arch. méd. belges,* mars 1891). — L'anémie est souvent une cause de dégénérescence graisseuse du cœur, de dilatation de ses cavités. Dans certaine classe définie d'anémies, y compris la chlorose, la dilatation cardiaque est un état constant et important qui demande absolument à être reconnu et traité. Dans ce cas, c'est souvent le côté droit qui est principalement affecté. Dans certaines formes d'anémie existent des souffles cardiaques, dans d'autres, ceux-ci manquent; de même, le cœur est élargi et dilaté dans certaines formes et ne l'est pas dans d'autres. Plusieurs conditions peuvent contribuer à dilater le cœur. Il existe plusieurs souffles différents dans l'anémie qui peuvent tous exister, tous manquer, ou se trouver en partie dans un cas donné. De là deux divergences d'opinions. Le souffle systolique pulmonaire n'est pas dû à un changement dans la constitution du sang et sa caractéristique consiste en ce que, tout en étant susceptible d'être entendu partout, il a son maximum d'intensité dans les troisième et surtout quatrième espaces gauches, près du sternum; dans ce qu'il devient toujours beaucoup moins fort et disparaît souvent absolument dans la position verticale. Le souffle pulmonaire systolique est dû à la pression sur l'artère pulmonaire d'un cœur flasque, élargi et dilaté; le souffle pulmonaire, alors même qu'il serait très intense dans les autres régions pendant le décubitus, peut être facilement, par cette épreuve de la position, distingué des véritables souffles d'insuffisance dans un relâchement des muscles cardiaques, à la dilatation de ses orifices, aux lésions valvulaires. Lorsqu'il existe dans l'anémie des souffles sur tous les foyers qui ne sont pas dus à des lésions permanentes, ils disparaissent dans un ordre défini pendant la convalescence; d'abord le tricuspide, puis le mitral, l'aortique et enfin le pulmonaire. Il est probable que, dans quelques dilatations d'origine anémique, celles-ci peuvent conduire à une affection permanente. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

MM. Fargé (d'Angers) et Duché (d'Ouanne) sont élus correspondants nationaux.

Accidents causés par la cocaïne. — M. Magitot lit un rapport sur un travail de M. Hallopeau relatif au cocaïnisme chronique. Le rapporteur est partisan de l'emploi de la cocaïne et termine par des conclusions que l'on peut regarder comme le code de l'administration du médicament en chirurgie :

1° La dose de cocaïne doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier; elle ne dépassera, dans un aucun cas, *8* ou *10* centigrammes, doses réservées aux grandes surfaces opératoires;

2° Elle ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes;

3° On devra éviter son introduction dans les veines;

4° L'injection de cocaïne doit toujours être faite sur un sujet *couché*, sauf à le relever ensuite s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche;

5° La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains alcaloïdes auxquels elle peut être mélangée étant d'une nature toxique;

6° L'introduction de la cocaïne devra être *fractionnée* de manière qu'une injection partielle faible sera suivie d'une suspension de quelques minutes, pendant lesquelles on observera s'il se produit des effets toxiques, cette première injection servira d'*épreuve;*

7° Ainsi employée d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente sur le chloroforme, l'éther, etc., de grands avantages, et la durée de l'effet anesthésique est toujours suffisante pour permettre presque toutes les opérations de la chirurgie ordinaire.

Pour M. Constantin Paul, la cocaïne donnée à l'intérieur est beaucoup moins dangereuse qu'en injections sous-cutanées; on peut en administrer 30 centigrammes par jour comme analgésique dans les affections stomacales.

M. Magitot rappelle que l'analgésie générale peut se voir après l'absorption de fortes doses par l'estomac.

M. Laborde a vu survenir des accidents assez graves chez un cocaïnomane après l'absorption de fortes doses à l'intérieur.

Air chaud dans la phthisie. — M. C. Paul lit un rapport sur un travail de M. Magnant relatif à ce sujet. Il rappelle que l'air chaud et sec convient très mal aux phthisiques, qui sont forcés de quitter les stations climatériques ou hydrominérales quand ces conditions météorologiques se présentent. On a fait respirer de l'air à 90° à des tuberculeux, sans aucun succès.

Influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale. — M. Lefour (de Bordeaux) donne lecture de recherches, d'où il résulte que les nœuds du cordon peuvent parfois amener la mort du fœtus, surtout si à l'action du nœud s'ajoute celle d'une compression exercée sur lui.

La mort peut alors se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

Par conséquent, si dans la grande majorité des cas les nœuds du cordon sont sans influence notable sur la vie du fœtus grâce à l'énergie cardiaque, on ne saurait cependant admettre avec Cazeaux que jamais ces nœuds ne peuvent déterminer la mort. C'est là une affirmation trop absolue, qui pourrait peut-être avoir, en médecine légale, des conséquences regrettables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *A propos de la discussion sur la rage. — Deux cas d'angine à pneumocoques.*

M. Chantemesse : M. Dumontpallier a, dans l'avant-dernière séance, posé cette question : L'inoculation de la salive d'un homme enragé peut-elle donner la rage? Or, on admet généralement aujourd'hui que la rage humaine est transmissible. Magendie avait fait, avec Breschet, des expériences concluantes sur ce point : un chien qu'ils avaient inoculé avec de la salive d'un rabique mourait de la rage un mois après; deux chiens mordus par le premier mouraient quarante jours après. Cette expérience, qui démontre la transmissibilité de la rage humaine, a été depuis plusieurs fois répétée. Enfin, à l'Institut Pasteur, M. Roux a pu produire la rage par l'inoculation de pancréas, de glandes salivaires, de glande lacrymale provenant d'individus morts de la rage.

— M. Rendu : A côté des diverses manifestations pulmonaires de l'infection pneumococcique, on peut encore observer, pendant l'épidémie de grippe que nous traversons, une foule de cas pathologiques aigus, localisations multiples du pneumocoque, peu connues quoique probablement fort communes, qui, malgré leurs sièges différents, affectent un certain air de famille permettant de diagnostiquer leur nature, au moins dans les cas typiques. Telles sont les angines à pneumocoque, dont M. Rendu vient d'observer deux cas.

Dans le premier, il s'agit d'une infirmière de l'hôpital des Enfants, âgée de 24 ans. Elle avait été prise, le 11 mars dernier, de frissons, de céphalalgie et d'une courbature générale avec douleurs des membres. Elle entra le lendemain dans le service de M. Rendu. Le pouls était à 120, la température à 40°,3; à première vue, c'était un début de pneumonie ou de fièvre typhoïde, insomnie, teint vultueux, soif ardente, respiration anxieuse, prostration générale. Cependant il n'existait ni diarrhée ni troubles abdominaux, pas de toux, pas de signes stéthoscopiques. La seule lésion visible siégeait à la gorge : le voile du palais était d'un rouge vif, les piliers injectés mais non œdémateux, les amygdales peu volumineuses, rouges, sans exsudat pultacé, les ganglions sous-maxillaires très peu hypertrophiés; la déglutition était moyennement douloureuse. Il s'agissait donc d'une angine érythémateuse, légère en apparence, sans participation du pharynx, du larynx, ni des fosses nasales, et hors de proportions avec l'intensité des phénomènes généraux. C'est ce qui devait justement faire soupçonner une maladie infectieuse à détermination angineuse. On ne retrouvait dans cette angine aucun des caractères de l'angine érysipélateuse ni de l'angine rhumatismale.

Mais les conditions étiologiques semblent éclairer le diagnostic. Cette malade, infirmière à l'hôpital des Enfants, couchait dans un dortoir commun avec les autres filles de service; or, depuis huit jours, trois de ses compagnes avaient été atteintes de pneumonie et envoyées dans le service de M. Rendu; deux avaient une pneumonie franche, l'autre une broncho-pneumonie grippale.

On pouvait donc supposer que ce cas d'angine n'était autre chose qu'une détermination différente de la même maladie infectieuse. En effet, une souris inoculée avec une petite quantité de salive mourut dix-huit heures après, et le pneumocoque fut retrouvé dans ses organes; les cultures furent aussi démonstratives.

L'évolution clinique de cette angine fut en outre caractéristique : au bout de trois jours une crise se produisit, marquée par une diaphorèse et une diurèse considérables et la température tomba brusquement à 37°. On avait prescrit comme traitement de l'antipyrine et des gargarismes boriqués.

Quelques jours plus tard, un cas presque identique se développa dans la même salle. Une femme, entrée pour une roséole syphilitique avec rougeur érythémateuse du pharynx et plaques muqueuses sur les amygdales, fut prise, le 20 mars, de phénomènes généraux semblables à ceux de la malade précédente : courbature, frissons, céphalalgie, etc. L'angine fut plus intense à cause des lésions syphilitiques préexistantes; l'adénopathie fut aussi plus marquée.

Mais l'évolution fut la même dans les deux cas. Le quatrième jour, en effet, une crise sudorale se produisit et la température tomba brusquement de 39°5 à 37°.

On ne put faire ni cultures ni inoculations. La même évolution de ces deux cas d'angine, jointe à la fréquence actuelle des maladies à pneumocoques, porte à croire cependant qu'il s'agissait là d'une variété d'angine bien définie, dont le diagnostic deviendra peut-être facile dès que l'attention sera portée sur ce point.

La présence du pneumocoque dans la salive à l'état normal pourrait faire penser que, dans un cas d'angine, la constatation de ce microbe n'a pas une valeur pathogénique décisive. Cependant le pneumocoque n'existe pas dans toutes les salives et, quand il y est, sa virulence n'est point comparable à celle qu'il a chez les pneumoniques. Or, la salive de la première malade de M. Rendu a déterminé, chez la souris, une septicémie rapide qui tua l'animal en dix-huit heures. L'agent pneumonique avait donc ici toute son exaltation virulente, et l'angine peut être considérée comme une détermination de l'infection pneumonique.

Ces faits sont intéressants parce que le groupe des angines fébriles à type érythémateux est à remanier complètement au point de vue clinique. On peut affirmer aujourd'hui que le pharynx est la région de prédilection pour les microbes pathogènes introduits par la respiration, et poser en principe que toutes les angines aiguës sont d'origine microbienne. Les deux cas d'angine rapportés par M. Rendu prouvent en outre que la détermination de micro-organismes pathogènes peut, d'après les allures de la maladie, être soupçonnée et même affirmée.

M. Rendu rapporte ensuite un cas de méningite à pneumocoques, sans pneumonie, tel que M. Netter en a déjà publié plusieurs.

M. Netter : La méningite à pneumocoques est fréquente. Chez les pneumoniques on trouve dans les sinus ou dans les cavités de l'oreille un liquide glaireux ou purulent contenant des pneumocoques. C'est très probablement de ces régions que les pneumocoques envahissent les méninges, alors même que la méningite occupe seulement la convexité des hémisphères.

Quant aux angines à pneumocoques, on en avait décrit deux types; les cas de M. Rendu en formeraient un troisième. Le premier constitue l'angine pseudo-membraneuse. Il n'en existe qu'une observation qui a fait l'objet d'une clinique de M. Jaccoud. Les fausses membranes contenaient le pneumocoque en abondance et presque pur; il n'y avait pas trace du bacille de Lœffler. Ce fait est très intéressant. Peut-être, en effet, certains croups bénins ne sont-ils dus qu'au pneumocoque. M. Netter vient d'observer un enfant de 3 ans atteint de laryngo-trachéite pseudo-membraneuse ayant nécessité la trachéotomie, et dont les fausses membranes ne renfermaient également que le pneumocoque.

Le pneumocoque peut donc être fibrinogène, de même qu'il est pyogène : l'amygdalite suppurée survenant au cours de la pneumonie en est un exemple. Cette amygdalite suppurée a été bien étudiée par M Cornil en 1886.

Un autre type de l'angine à pneumocoques est l'amygdalite folliculaire. Gabbi en a publié plusieurs cas, en 1889, dans le *Sperimentale*; le pneumocoque se trouvait en abondance dans le contenu des cryptes amygdaliennes. Mais ce type établi par Gabbi n'est pas absolument certain, car les pneumocoques peuvent ne pénétrer dans les cryptes qu'accidentellement et secondairement, puisqu'ils habitent normalement le pharynx.

Quant au type présenté par M. Rendu, il existe peut-être, mais il est difficile à démontrer. Ce serait une angine simple survenant comme seule manifestation de l'infection pneumonique. Il est fâcheux que la salive de la malade n'ait pas été inoculée dans les premiers jours qui ont suivi la crise. Après la crise, en effet, le pneumocoque perd momentanément sa virulence ; il la récupère au bout de vingt-un jours, du moins dans 60 p. 100 des cas. Si cette atténuation passagère du pneumocoque avait été trouvée, c'était une preuve en faveur du rôle actif du pneumocoque dans la production de l'angine.

M. Chantemesse : Cette atténuation du pneumocoque ne doit pas être regardée comme une règle générale, puisqu'on voit souvent, après la guérison d'une pneumonie, éclater d'autres accidents dus au pneumocoque.

M. Netter : En effet, on voit quelquefois survenir des méningites, des endocardites, etc.; on voit même la pneumonie passer d'un côté à l'autre alors que le premier foyer est guéri. L'atténuation après une crise de tous les pneumocoques contenus dans l'organisme n'est donc point de règle générale.

Ces micro-organismes peuvent, dans une pneumonie infectante, ne pas être atténués ou bien ils recouvrent très vite leur virulence.

Mais on a souvent constaté que le suc du poumon ne contenait plus de pneumocoques virulents après une pneumonie; et, en effet, au moment de la crise il se produit une surélévation de température qui n'est point favorable au microbe; en outre, le suc pneumonique est acide, surtout à la fin de la pneumonie; or, les cultures de pneumocoques sont impossibles dans les milieux acides. Tout ceci explique les résultats fournis par l'expérimentation qui a déjà établi que dans les premiers jours qui suivent la crise le pneumocoque n'est plus virulent.

FORMULAIRE

Traitement de la conjonctivite catarrhale aigue. — Dransart.

Lotions toutes les deux heures, avec une solution tiède d'acide borique à 2 p. 100, — Douches de vapeur. — Introduire matin et soir entre les paupières, gros comme une tête d'épingle de l'une des pommades suivantes : Précipité jaune, 0 gr. 05; vaseline, 8 grammes; ou bien : précipité jaune, 0 gr. 05; vaseline, 4 grammes. — Eviter le travail à la lumière, la fumée de tabac, les vapeurs irritantes et les liqueurs fortes. — Le malade portera des lunettes fumées, suivra un régime doux, et fera usage de quelques laxatifs. — En cas d'insuffisance de cette médication, on cautérisera la conjonctivite avec un collyre au nitrate d'argent relativement faible, composé de : Nitrate d'argent cristallisé, 0 gr. 30; eau distillée, 30 grammes; ou bien : nitrate d'argent cristallisé, 0 gr. 15; eau distillée, 30 grammes. — On imprègne un pinceau de l'un ou de l'autre de ces collyres, et on touche particulièrement la conjonctive des culs-de-sac; puis on lave à l'eau salée. Deux ou trois cautérisations de ce genre, pratiquées à plusieurs jours d'intervalle, guérissent généralement ces conjonctivites. — N. G.

COURRIER

Infirmières aristocratiques. — Pour prouver combien soigner les malades devient un acte *fashionable*, le *British medical journal* annonce que la princesse Hélène Cusa accorde ses soins à des malades de l'hôpital des enfants; la comtesse Asta Blucher a soigné les invalides du capitaine Wissmann à Zanzibar; Mlle Godolphin Osborne, nièce du duc de Leeds, est surveillante de l'hôpital d'incurables de M. Leamington; Mme Leveson Gower donne ses soins à l'hôpital central; Mme Amberly et la baronne Ebba Bostron ont fait il y a quelques années, un stage à l'hôpital de Sainte-Marie, à Paddington.

(*Mercredi médical.*)

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE**. — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La grande extension prise par la cocaïne comme anesthésique local devait amener des accidents, étant donné qu'on ne peut administrer sans danger la même dose d'un même médicament à tous les malades. Aussi lira-t-on avec grand intérêt le rapport fait à l'Académie de médecine, par M. Magitot, sur cette question toute d'actualité. J'insiste en particulier sur sa recommandation d'injecter la cocaïne sous la peau en plusieurs fois, et d'attendre chaque fois que l'effet de la dose partielle se soit produit pour en injecter une autre.

— A la Société de biologie, M. Léon Mandereau (de Besançon) a signalé un fait bien curieux, la présence du bacille de Koch dans l'humeur aqueuse des animaux tuberculeux, que la tuberculose soit généralisée ou simplement locale. On sait, depuis Conheim et Hipp. Martin, que l'humeur aqueuse a une certaine aptitude à cultiver le microbe de la tuberculose. On peut donc admettre que le virus qui vient des profondeurs de l'organisme soit aussi bien reçu que celui qu'introduit du dehors la seringue de l'expérimentateur.

— La dissolution des calculs biliaires, qui a été cherchée par tant de médecins, vient d'être réalisée d'une manière assez originale par un chirur-

FEUILLETON

CAUSERIE

Il nous faut des réformes, n'en fût-il plus au monde !.....

Ainsi pourraient chanter tous les membres du monde médical, depuis l'élève de première année jusqu'au professeur de clinique. Réforme des cours, réforme des laboratoires, réforme des examens, des concours, des lieux de réunion pour les étudiants....., que sais-je encore?

J'ai donné, il y a quelques années, un plan de cabinet de travail à l'usage des étudiants, mais il n'a pas encore été mis en œuvre, soit que mon idée n'ait pas plu, soit que..... Il consistait, si vous vous le rappelez, chers lecteurs, à réunir deux grandes salles, dont l'une servirait de cabinet de travail, et l'autre de buvette-fumoir; brasserie et bibliothèque accouplées. Voici maintenant un des professeurs les plus estimés de la Faculté de Lyon, M. Lépine, qui voudrait voir bâtir un « home » d'étudiants.

Le point de départ de cette idée est l'existence, à Lyon, d'une société dirigée par M. Mangini, qui construit des maisons d'ouvriers dans des conditions d'hygiène et de confortable tout à fait remarquables. Les petits logements relativement luxueux de ces maisons sont loués à un taux moindre que celui des logements ordinaires des ouvriers;

gien de Wakefield, M. John Walker. Chez une femme à laquelle on avait déjà retiré de nombreux calculs par la cholécystotomie, il en restait encore un, engagé dans le canal cystique. Avec un cathéter passé par la fistule résultant de l'opération, M. Walker arrivait jusqu'au calcul. Il introduisit alors jusqu'à ce dernier un tube de verre à travers lequel il injecta goutte à goutte une petite quantité d'un mélange à parties égales de glycérine et d'éther. La malade accusa une violente sensation de brûlure qui persista peu de temps; les douleurs s'amendèrent graduellement pour disparaître dès le lendemain d'une façon complète.

Un examen fait à l'aide d'un cathéter permit de constater la disparition du calcul, qui avait été dissous par l'éther. — L.-H. P.

Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther iodoformé.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 avril 1891,

Par M. DE PEZZER.

Les excellents effets des injections d'éther iodoformé dans le traitement des adénites tuberculeuses sont bien connus depuis les mémoires de MM. Verneuil, Verchère, Reclus, etc. Les faits dans lesquels ces injections ont déterminé une régression plus ou moins rapide de la glande malade ne se comptent plus; aussi n'ai-je pas l'intention d'insister sur les cas analogues à ceux qui ont déjà été publiés, non plus que sur le manuel opératoire qui a été bien décrit par les précédents auteurs. Je veux seulement attirer l'attention sur quelques particularités de ce traitement, qui ne me semblent pas aussi vulgarisées qu'elles mériteraient de l'être, et qui m'ont vivement frappé chez quelques malades actuellement guéris.

Le premier point est le suivant : Un malade, atteint d'adénite tuberculeuse suppurée, chez lequel un chirurgien des hôpitaux de Paris, qui ne passe pas pour être un opérateur à outrance, voulait pratiquer l'incision et le grattage, a parfaitement guéri par une seule injection d'éther iodoformé.

---

aussi les demandes affluent; nul appartement n'est inoccupé; la société peut choisir ses locataires et, grâce à cette excellente organisation, elle retire un intérêt fort raisonnable de son capital, tout en étant essentiellement humanitaire.

M. Lépine se demande pourquoi les étudiants ne pourraient pas bénéficier, eux aussi, — car ne sont-ils pas des ouvriers, et des meilleurs? — d'une organisation analogue. Au lieu d'être éparpillés dans les chambres meublées, où font défaut le confortable et même la propreté, ne seraient-ils pas mieux s'ils pouvaient se trouver réunis dans un *home*, c'est-à-dire une maison à eux, construite seulement pour eux, avec des chambres non seulement propres, mais commodes, pourvues des installations de chauffage et d'éclairage les plus parfaites, et qui seraient comme les élégantes cellules d'une ruche laborieuse. Au rez-de-chaussée, deux ou trois salles communes, une salle de lecture, un fumoir avec une salle de billard et une sorte de buffet. Peut-être pourrait-on même y annexer un restaurant, mais ceci est l'accessoire. Ce qui paraît le plus important pour l'étudiant est l'hôtel meublé, confortablement installé et bon marché.

M. Lépine se place aussi au point de vue des parents pour demander cette création. Car une telle maison donne une certaine sécurité au père de famille. Actuellement, les étudiants de 17 à 18 ans sont nombreux, et, à tort ou à raison, beaucoup de parents habitant hors des grandes villes ne voient pas sans inquiétude leur fils passer de la claustration des lycées à la liberté sans limite et sans surveillance de l'étudiant. Dans la maison, telle que la conçoit M. Lépine, il y aurait un règlement et un homme honorable, un ancien officier, je suppose, qui en surveillerait l'exécution. La première con-

Il s'agissait d'un homme de 33 ans, grand, robuste, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais été malade, n'ayant nullement l'apparence d'un tuberculeux, et qui présentait depuis trois ans, au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, une petite tumeur dure, mobile, sous la peau, indolente et stationnaire. A la suite d'une chute de cheval, dans laquelle la tête porta violemment sur le sol, la petite tumeur du volume d'une noix se ramollit, la peau rougit et, lentement, sans douleur, sembla sur le point de s'ulcérer. Un chirurgien des hôpitaux diagnostiqua une adénite tuberculeuse, sans pouvoir en préciser le point de départ, et proposa l'incision et le grattage du foyer.

Peu enthousiasmé par cette proposition, le malade alla consulter M. Verneuil, qui porta le même diagnostic, mais conseilla l'injection d'éther iodoformé après aspiration du pus contenu dans l'abcès. Quelques jours après, je fis cette petite opération. Comme je me servis d'une seringue de Pravaz ordinaire, peut-être l'aiguille était-elle trop petite pour livrer passage au pus; aussi n'en vint-il pas une seule goutte; je poussai néanmoins le tiers du contenu de la seringue d'éther iodoformé à 5 p. 100. L'éther en se vaporisant dilata la poche sans causer de douleur très vive; les jours suivants, la cavité de l'abcès se rétracta peu à peu et, au bout de quinze jours, il n'en restait plus de trace.

Ce fait date de trois ans, et le malade est resté parfaitement guéri.

Dans un autre cas, la tumeur ganglionnaire beaucoup plus volumineuse, également le siège d'un abcès, paraissait devoir être traitée plus avantageusement par l'incision et le grattage du foyer que par la simple injection d'éther iodoformé; cependant ce dernier mode de traitement fut préféré et eut le même succès que chez le précédent malade.

Il s'agissait d'une dame d'une trentaine d'années, d'un tempérament lymphatique, ayant dans la région carotidienne gauche, en avant du sterno-mastoïdien, une tumeur du volume d'un œuf de dinde et composée de plusieurs ganglions comme réunis par une gangue inflammatoire. La peau était adhérente, rouge, tout près de s'ulcérer. La dame, coquette, ne voulait pas entendre parler d'incision conseillée par un chirurgien des hôpitaux et qui eût laissé une cicatrice visible.

Je lui fis, avec l'assistance du docteur L.-H. Petit, une ponction avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy, puis l'aspiration qui amena environ deux petits verres de pus. Ce liquide fut remplacé par 20 grammes d'éther iodoformé à 5 p. 100. Le pus ne se reproduisit pas.

Pour accélérer la fonte de ces masses ganglionnaires, je fis encore avec la seringue de

---

dition du *home* des étudiants serait d'être honnête; et, s'il y avait une sorte de café au rez-de-chaussée, il ne faudrait pas qu'il fût un tripot.

« Certes, dit en terminant M. Lépine, j'aime la liberté pour les étudiants, et je ne voudrais pas qu'on les mît en cage; mais il ne faut pas méconnaître les droits de la famille sur l'étudiant mineur, et je ne crois pas attenter à la liberté des jeunes gens en conseillant de ménager une transition entre la contrainte des lycées et l'absence de tout contrôle.

*
* *

Beaucoup de mots nouveaux, dit M. le docteur Corlieu, sont entrés dans le vocabulaire médical, et leur nombre tend à augmenter chaque jour, par suite des découvertes nouvelles et des progrès incessants de la science. C'est à la langue grecque, si riche, si merveilleuse et malheureusement si délaissée aujourd'hui dans les études classiques, que l'on a recours pour la formation des mots nouveaux. Mais, parmi ces mots, il en est qui sont en contradiction avec la philologie. Prenons-en quelques-uns pour exemple.

Policlinique. — Quiconque entend prononcer ce mot pense immédiatement qu'il s'agit de cliniques pour les différentes maladies et l'écrira *polyclinique*, bien que le mot κλινική soit du féminin et qu'il faille πολλή. Il existe aussi un mot grec πολύκλινος, qui signifie beaucoup de lits. Un professeur de la Faculté, dans la *Gazette hebdomadaire*, croyait avoir tranché la question, et, sans souci de la philosophie, il avait conclu qu'il fallait dire poléo-clinique, ce qui est une grave erreur. Le mot grec πόλις signifie généralement *la*

Pravaz trois injections dans les ganglions à trois semaines d'intervalle. La guérison eut lieu sans encombre et ne s'est pas démentie depuis quatre ans.

Pendant le traitement, la malade prenait chaque jour un cachet contenant 0,10 centigr. d'iodoforme.

Ainsi donc, des cas, dans lesquels l'incision et le raclage des ganglions tuberculeux ramollis semblaient indiqués et avaient été conseillés par des chirurgiens compétents, ont été traités par la simple injection d'éther iodoformé et ont parfaitement guéri.

Si l'on met en parallèle, d'une part, l'incision et le grattage des foyers qui constituent une opération nécessitant l'anesthésie par le chloroforme, et laissant après elle une cicatrice visible — et, d'autre part, l'injection *précédée ou non* d'aspiration qui procure une guérison aussi rapide sans laisser de traces, il est évident que tout l'avantage reste à ce dernier mode de traitement.

Cet avantage est encore plus marqué dans les cas de polyadénite.

Je viens justement d'avoir en traitement une jeune fille de 15 ans, d'aspect strumeux des plus typiques, et à laquelle on a pratiqué successivement, au côté droit du cou, trois opérations pour des ganglions tuberculeux ramollis. Chaque opération a laissé une cicatrice et n'a pas empêché le développement de la maladie dans le ganglion voisin, si même elle ne l'a pas provoqué. Après la guérison des trois opérations, deux nouveaux ganglions se sont montrés au-dessus des autres, près de l'angle de la mâchoire : un, du volume d'une grosse noix, superficiel; l'autre, un peu plus petit et recouvert par l'autre.

Je commençai le traitement, en décembre 1890, par des injections d'éther iodoformé à 5 p. 100 dans le ganglion superficiel le plus volumineux. J'injectai chaque mois la moitié d'une seringue de Pravaz. Actuellement, les deux ganglions, aussi bien celui qui n'a pas reçu les injections que celui qui en était le siège, ont disparu.

La malade, très anémique, prenait en même temps de l'iodure de fer et du tanin. La guérison a été un peu lente, mais elle est petite ouvrière dans un magasin et son régime est peu substantiel.

Il semblerait donc, d'après ce fait, que l'éther iodoformé exerce son

---

cité, l'Etat, le corps politique des citoyens. Il n'en est pas de même du mot ἄστυ, *ville.*

Or, ces cliniques urbaines existent à Athènes et sont désignées sous le nom de ἀστυκλινική, *astyclinique*. Pourquoi ne pas prendre ce mot tout fait par les Grecs eux-mêmes?

Pollakisurie. — Il y a quelques années, ce mot a cherché à s'introduire dans le langage médical, sous une fort recommandable protection. Le parrain avait pris le mot πολλάκις, *souvent* et οὖρον, *urine*, et les avait accolés tant bien que mal pour indiquer les mictions fréquentes.

Pourquoi forger ce mot barbare quand les Grecs ont un mot tout fait pour exprimer cet acte pathologique? Du mot συχνός, *fréquent*, les Grecs modernes ont formé le mot συχνοκατουρῶ, *j'urine fréquemment*. La racine κατά, qui entre dans la composition du mot, signifie mouvement de haut en bas. On peut la supprimer et dire *sychnurie*, mot qui est dans le génie de la langue grecque et ne constitue pas un barbarisme.

Myopragie. — Voici un mot qui cherche à s'introduire sous un puissant patronage. Mais nous ne pensons pas qu'il ait grande chance de longévité.

Les deux racines qui le composent sont défectueuses : μεῖον signifie *moindre*; ει se prononçant *i*, il faudrait écrire *mio* et non *myo*, qui signifie *muscle*. Le second mot racine *pragie* est tout simplement un barbarisme. Si le créateur du mot a voulu chercher un vocable pour rendre l'idée de la diminution de l'activité physiologique dans un organe quelconque, il aurait pu prendre pour préfixe le mot racine ὑπό, si souvent employé, et le faire suivre du mot πρᾶξις, *action*, ou ἐνέργεια, *force*; on aurait ainsi le néologisme hypo-

influence plus loin que le ganglion dans lequel on l'injecte, puisque celui des deux auquel on n'a pas touché a diminué aussi bien que l'autre.

J'ai obtenu le même résultat heureux chez une autre jeune fille de 16 ans, à figure scrofuleuse très marquée, quoique brune, et qui présentait, en arrière de la mâchoire inférieure sous l'oreille droite, un ganglion du volume d'un œuf de pigeon et, dans la région sous-maxillaire gauche, un autre ganglion un peu moins gros. Tous deux étaient d'ailleurs durs, indolents, sans adhérence à la peau, s'étaient montrés six mois auparavant et augmentaient lentement de volume.

Après avoir essayé inutilement un traitement interne, je fis tous les quinze jours, dans le ganglion *le plus volumineux* situé au-dessous de l'oreille, une injection d'une demi-seringue d'éther iodoformé à 5 p. 100. Après la cinquième injection, le ganglion le plus volumineux était diminué de moitié, et l'autre d'un tiers environ.

La malade alla alors passer deux mois à la campagne. Lorsqu'elle revint, les deux ganglions n'avaient plus que le volume d'un pois et étaient à peine sensibles au milieu des tissus. Depuis trois ans, l'engorgement ganglionnaire n'a pas reparu.

Ces deux faits semblent donc démontrer que l'injection d'éther iodoformé exerce sur l'organisme, et en particulier sur les ganglions tuberculeux, une influence générale capable de produire à distance des résultats favorables.

Elle fait disparaître des ganglions malades qui n'ont pas été touchés directement par elle, et prévient jusqu'à un certain point l'apparition d'autres ganglions — ce que n'a pu faire l'extirpation sanglante.

Conclusions. — Les faits que je viens de citer démontrent donc :

1° Que les injections d'éther iodoformé, pratiquées dans les cas d'adénites tuberculeuses dans lesquelles l'ablation par l'instrument tranchant semblait indiquée, ont amené une guérison durable sans cicatrice ;

2° Que ces injections semblent agir, non seulement sur les ganglions injectés, mais encore sur d'autres ganglions malades en même temps qu'eux et situés à une certaine distance.

---

praxie ou hypénergie, auquel on ajouterait le qualificatif : fonctionnelle. Le mot serait correct et beaucoup plus dans le génie de la langue grecque.

A propos de cet article, M. le docteur Moreau-Wolff réclame en quelque sorte la paternité du mot *sychnurie*, en rappelant qu'il avait publié dans le *Journal des Connaissances médicales* de 1890 un mémoire sur la *sychnurie* ou *sychno-micrurie*, repoussant lui aussi le mot *pollakysurie*. Mais M. Corlieu n'accepta pas le mot sychno-micrurie, le mot *micro* lui paraissant détourné de son vrai sens grammatical.

Il serait si simple, conclut spirituellement M. Galippe, de parler français... en France.

*
* *

Le Tribunal civil de la Seine avait à juger dernièrement un litige entre un médecin et son client, relativement à une question d'honoraires. Comme la question se présentait dans des conditions un peu spéciales, nous avons pensé, dit le *Bulletin médical*, à faire connaître à nos lecteurs les détails du cas.

Un riche étranger, M. G. de W..., se luxe l'épaule et appelle le docteur L..., qui réduit la luxation, après chloroformisation, et lui fait des visites un mois durant. Le malade guéri, notre confrère lui envoie alors sa note, qui s'élève à près de 1,200 francs.

Refus de payer de la part du client, qui conteste et l'ensemble de la note et ses détails, prétendant que le nombre de visites a été surfait. Notre confrère, pour éviter les ennuis d'un procès, propose comme transaction de réduire sa note à 600 francs. Nouveau refus

REVUE DE CHIRURGIE

Les kystes du pancréas.

Cette question de pathologie chirurgicale vient d'être l'objet d'un travail d'ensemble de M. J. Bœckel (de Strasbourg) que nous résumerons brièvement afin de donner à nos lecteurs une idée de cette affection à peu près entièrement laissée de côté dans les ouvrages classiques.

I. — Au point de vue *étiologique*, il faut distinguer les kystes idiopathiques et les kystes symptomatiques.

Les kystes idiopathiques sont habituellement sous la dépendance d'un carcinome du pancréas. D'autres fois ils sont dus à la cirrhose de l'organe et résultent de la compression exercée sur le canal excréteur ou l'une de ses branches par le tissu néoplasique ou inodulaire. La lithiase pancréatique peut également leur donner naissance en bouchant le canal excréteur ou des canaux accessoires. Les calculs biliaires enclavés dans le canal cholédoque près de son embouchure, le catarrhe du duodénum et les tumeurs de cet organe entraînent parfois le développement d'un kyste.

Les kystes idiopathiques peuvent être divisés en quatre variétés : kystes hémorrhagiques; kystes proprement dits; kystes purulents; kystes hydatiques.

a) *Kystes purulents.* — Rares. Succèdent le plus souvent à l'inflammation aiguë du pancréas et peuvent atteindre de grandes dimensions; quelquefois métastatiques. Peuvent se déverser dans un organe creux du voisinage.

b) *Kystes hydatiques.* — Encore plus rares. Il n'en existe que quelques observations.

c) *Hématomes.* — Se développent le plus souvent à la suite d'un traumatisme qui n'est pas toujours direct ou récent. D'autres fois l'hématome se produit sans qu'il y ait trauma. Peut-être un kyste séreux peut-il devenir hémorrhagique par suite de l'action du suc pancréatique sur les vaisseaux.

Le traumatisme peut, du reste, entraîner la production de kystes séreux simples.

d) *Kystes proprement dits.* — Ce sont des kystes par rétention. Il se produit une obstruction du canal de Wirsung ou d'un canalicule accessoire par une coudure, un état catarrhal, un néoplasme, des calculs, du tissu fibreux de nouvelle formation. Quelquefois il y a de nombreuses dilatations le long du canal principal qui prend l'aspect d'un *rosaire*; dans d'autres cas, il s'agit d'une ectasie enkystée ou encore de ce que

---

du riche étranger, qui se dispose à quitter Paris, avec armes et bagages, et sans autre forme de procès, c'est-à-dire sans payer son médecin.

Devant la certitude qu'il a d'être victime de son client, le médecin fait alors ce que l'on appelle une saisie foraine, c'est-à-dire fait saisir à l'hôtel les malles de son débiteur et engage le procès. Fureur de l'étranger, dans l'impossibilité de quitter l'hôtel autrement qu'avec les vêtements qu'il porte. Trouvant ce procédé de saisie inconvenant pour un noble hidalgo comme lui, allié, paraît-il, à des familles princières, non seulement il refuse le payement, mais il demande 3,000 francs de dommages et intérêts pour l'injure faite à son auguste personne. Il dépose toutefois un gage de 1,000 francs, afin de pouvoir enlever ses malles et partir. Le procès s'engage dans ces conditions et se termine, hâtons-nous de le dire, tout à l'avantage du médecin.

Le Tribunal lui alloue 750 francs au lieu du chiffre transactionnel de 600 francs qu'il avait proposé. Il déclare qu'en ce qui concerne le nombre des visites, le carnet du médecin, tout comme le livre du commerçant, fait foi en justice. Il n'admet en aucune façon la réparation de l'injure résultant de la saisie foraine..... et finalement c'est le noble hidalgo qui paye les frais.

Voici quelques-uns des considérants de ce jugement.......

Attendu qu'en présence du refus d'accepter le chiffre transactionnel, L... était fondé à reprendre le chiffre de sa réclamation première, que le Tribunal aura toutefois à apprécier;

Attendu que le chiffre des honoraires du médecin doit être apprécié, en tenant compte

Klebs a décrit sous le nom d'*acne pancreatica*, altération consistant en la présence de nombreux petits kystes dus à une inflammation catarrhale des canalicules excréteurs et à leur obstruction par des bouchons muqueux.

Le pancréas peut être détruit dans sa totalité et tranformé en une vaste poche kystique.

Siège. — Le kyste siège souvent dans la queue du pancréas (Hagenbach, Bœckel); cependant Le Dentu regarde ceux du corps comme les plus fréquents. Les hommes paraissent un peu plus atteints que les femmes, et c'est dans l'âge adulte qu'on observe le plus communément la maladie.

II. *Anatomie.* — Les kystes sont presque toujours uniloculaires. Uniques ou multiples, leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une tête de fœtus ou d'adulte. Les gros kystes sont solitaires.

Le kyste se dirige habituellement vers le côlon transverse, s'en coiffe et fait saillie dans l'arrière cavité des épiploons. Au devant de lui se trouve l'épiploon. Pour arriver à la tumeur, il faudra donc traverser l'épiploon, le ligament gastro-colique, le méso-côlon transverse. Le kyste finit par atteindre la paroi abdominale, il refoule les intestins à droite et à gauche, abaisse le côlon, déplace l'estomac, l'artère et la veine splénique. Les organes creux, les vaisseaux, sont souvent comprimés.

La paroi kystique est tantôt épaisse et résistante, tantôt mince et transparente. La gaine de pancréas est intimement soudée à la tumeur et l'isolement complet est impossible.

Il peut se développer au voisinage du pancréas, dans l'épiploon et dans le mésentère, des kystes qui ressemblent beaucoup à ceux de la glande et sont dus à la dégénérescence kystique des ganglions de la région ou à celle d'un lipôme.

Le plus fréquemment la surface interne du kyste pancréatique est inégale, réticulée, parcourue par des brides incomplètes; au niveau des bosselures se trouvent des diverticulums. La paroi est recouverte d'un épithélium ressemblant à celui de la glande, et il y a, dans la plupart des cas, des culs-de-sac glandulaires. Certains kystes présentent des nodosités plus ou moins saillantes, débordant parfois la surface de la tumeur de plusieurs centimètres. Ces nodosités ont l'aspect d'un kystome en voie de prolifération, et ont une structure qui rappelle celle des végétations adénoïdes.

Le contenu du kyste varie suivant que la poche a pour origine le canal excréteur ou un cul-de-sac glandulaire : dans le premier cas, il rappelle le suc pancréatique normal; dans le second, il est séreux, citrin, limpide ou mélangé de sang liquide ou coagulé. La

---

à la fois de la situation scientifique du médecin et de la position pécuniaire du malade;

Attendu qu'en tenant compte de ces considérations, et aussi de la gravité de l'accident et de l'opération qu'il a nécessitée, il échet en l'état de fixer à 750 francs les honoraires dus à L...

En ce qui touche la saisie foraine :

Attendu qu'en y faisant procéder, L... n'a pas excédé son droit rigoureux; que dès lors G... n'est nullement fondé à se plaindre de cette saisie et à en demander, de ce chef, dommages-intérêts;

Qu'en effet, de nationalité étrangère, logé en hôtel garni à Paris, il est forain aux termes de l'article 822 du Code de procédure civile;

Que d'ailleurs cette saisie foraine, arrêtée par la consignation immédiate de 1,000 fr., ne lui a causé aucun préjudice;

Par ces motifs :

Condamne G. de W. à payer à L... la somme de 750 francs, le déclare mal fondé en sa demande à fin de dommages-intérêts, l'en déboute et le condamne à tous les dépens.

***

Nous avons vu plus haut que M. le professeur Lépine (de Lyon) assimile les étudiants à des ouvriers. Il n'est pas le premier. Il existe en effet, chez un de nos maîtres les plus aimés, le *dîner des ouvriers*, dont voici l'origine :

quantité de liquide peut atteindre 11 litres 1/2. La présence du sang en quantité variable est presque constante : c'est tantôt du sang coagulé plus ou moins récemment formant des caillots ; tantôt du sang liquide.

III. — La maladie peut *débuter* brusquement, sans cause connue. Des douleurs abdominales vives, localisées généralement à l'épigastre, ouvrent alors la scène. Elles durent plus ou moins longtemps, puis sont suivies de rémissions. Les fonctions digestives sont plus ou moins altérées, l'appétit se perd et les vomissements surviennent au bout de quelques semaines. Souvent les matières vomies ressemblent à celle du cancer. D'autres fois il n'y a rien d'anormal du côté de la digestion.

A mesure que l'affection progresse et souvent bien avant l'apparition de la tumeur, on peut être témoin d'un certain nombre de symptômes communs à la plupart des maladies du pancréas et qui dépendent de l'oblitération plus où moins complète du canal de Wirsung. Si cette oblitération manque, il n'y a que des phénomènes peu accusés.

L'*amaigrissement* survient parfois au bout de quelques mois, même quand l'appétit est conservé. D'autres fois, il ne se manifeste qu'après plusieurs années, mais est suivi d'une cachexie rapide.

Le *diabète* est rare dans les kystes. Cela tient à ce qu'il est rare aussi que la glande soit complètement détruite.

La *stéorrhée*, si caractéristique, est loin d'être constante. L'aspect des corps gras évacués par l'intestin est variable. Quelquefois ils sont visibles à l'œil nu; d'autres fois l'examen chimique ou microscopique seul peut en révéler la présence. On retrouve les graisses ingérées par les malades.

Une *diarrhée* pancréatique, souvent fort rebelle, a été notée un certain nombre de fois; mais elle n'a rien de spécial, et ne peut, en aucune façon, éveiller à elle seule l'idée d'une affection du pancréas.

L'apparition de la *tumeur* peut se faire d'une manière insidieuse, sans cortège symptomatique autre qu'une sensation de pesanteur dans la partie supérieure du ventre. D'autres fois, elle peut être précédée ou accompagnée d'un des symptômes ci-dessus. Elle siège généralement à l'épigastre, au voisinage de l'ombilic ou dans l'un ou l'autre hypochondre; elle reste parfois stationnaire pendant un temps indéfini. Cependant, le plus habituellement, elle empiète peu à peu sur la région voisine et finit par remplir presque entièrement la cavité abdominale. La forme est généralement sphérique, régulière, rarement il y a des bosselures; la peau est mobile, non adhérente ; la consistance

---

Le mercredi soir, ce maître reçoit quelques-uns de ses élèves, à peu près toujours les mêmes, et on cause, *inter pocula*, du potage à la poire, *de omni re scibili et quibusdam aliis*. Un beau soir, arrive un ami de la maison, à l'improviste. Par discrétion, il ne veut pas entrer, entendant plusieurs personnes parler ensemble dans la salle à manger (dès le potage!) Mais la bonne insiste. C'est une jeune paysanne encore très rustique. — « Vous pouvez rester, monsieur, il n'y a personne que monsieur et ses ouvriers! »

Depuis, le dîner du mercredi a été baptisé : *le dîner des ouvriers*. Je vous souhaite d'en être, chers lecteurs.

SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE LA VARIOLE. — Baudon.

Acide salicylique...........................	10 grammes.
Vaseline....................................	225 —

Mêlez. — Trois fois par jour, on étale cette pommade sur les membres, sur le thorax et sur la face, dans le cas de variole confluente. On saupoudre ensuite avec du talc, contenant pour 250 grammes 10 grammes d'acide salicylique. — On prescrit le sulfate de quinine à l'intérieur, les gargarismes boratés, le lait à discrétion pour nourriture.

Cette pommade a pour effet d'atténuer ou même de supprimer l'odeur repoussante exhalée par les varioleux, et d'empêcher les cicatrices de la face. — N. G.

ferme et la fluctuation évidente dans la plupart des cas. Quelquefois il y a des battements communiqué par l'aorte. La mobilité est, en général, peu marquée.

Lorsque la tumeur est de moyenne grandeur, il existe généralement, entre elle et le foie ou la rate, une zone sonore correspondant aux intestins. Dans un cas (Le Dentu), on a perçu en avant d'elle un son hydro-aérique dû à la présence de l'estomac. Ce dernier signe est, du reste, fort rare.

La *marche* de l'affection est, en général, très lente et la durée longue. Quand le traumatisme a été l'origine du kyste, l'accroissement est plus rapide.

La *mort*, quand elle survient, est le fait d'accidents généraux ou locaux. Les premiers sont des accidents de dénutrition générale, dus à la compression, à la destruction, à l'atrophie du pancréas : troubles gastriques, vomissements incoercibles, diarrhées rebelles, amaigrissement, cachexie, diabète. En tête des accidents locaux se placent les hémorrhagies qui se font à l'intérieur du kyste ; viennent ensuite les cas de mort par rupture dans le tube digestif ou le péritoine.

Dans certains cas, il se produit une compression des voies biliaires suivie de tous les accidents de l'ictère par obstruction ; dans d'autres, on observe une occlusion intestinale parfois passagère, mais pouvant devenir mortelle.

IV. — Le *diagnostic* des kystes du pancréas est excessivement difficile et n'est possible que quand ils forment une tumeur appréciable. Il n'a été établi d'emblée que six fois sur 33 cas ; la plupart du temps, il n'a été fait qu'à la suite de la ponction exploratrice, plus souvent encore au cours de la laparotomie.

En premier lieu, il s'agit d'établir si la tumeur que l'on a sous les yeux est solide ou liquide, ce qui n'est pas toujours commode. Quand la fluctuation est nette, on pense habituellement à un kyste de l'ovaire. La *ponction exploratrice* ne fournit souvent aucun renseignement utile, car on ne retire presque jamais du suc pancréatique pur ; la présence du sang plaidera en faveur de la tumeur du pancréas. Cette ponction n'est pas toujours inoffensive ; elle peut être suivie de symptômes de péritonite et hâter la mort. Enfin, si l'estomac se place entre la tumeur et la paroi, la perforation directe du ventricule devient possible. En somme, la laparotomie exploratrice sera presque toujours préférable.

Il est très important pour le diagnostic de savoir si la tumeur est intra ou extra-péritonéale. On pourra admettre qu'elle occupe cette dernière situation lorsqu'il y aura une anse d'intestin interposée entre elle et la paroi. Le kyste du pancréas est médian comme une tumeur du mésentère, mais est beaucoup moins mobile.

Quand le son hydro-aérique signalé par Le Dentu existe, on le trouve facilement au-devant de la tumeur ; quand il n'y a pas eu, à une époque plus ou moins éloignée, rupture dans l'intestin et pénétration du gaz dans la poche, on sera alors autorisé à s'arrêter à l'idée d'un kyste du pancréas.

Le gonflement artificiel de l'estomac par le gaz carbonique, la distension du gros intestin par de l'eau permettraient de différencier les kystes du pancréas et ceux du rein.

Dans les kystes du rein, lorsque l'on remplit d'eau le gros intestin, la tumeur remonte d'abord un peu en haut, puis devient difficilement perceptible à la palpation et, enfin, disparaît ; si le rein est déplacé, l'injection le fait revenir à sa place et on le trouve alors dans la région lombaire.

Les gros kystes ne disparaissent pas complètement après l'injection ; mais tandis qu'un kyste du pancréas restera dans une position à peu près invariable, tout en étant plus ou moins marqué, une tumeur du rein se déplacera très manifestement dans la direction postéro-externe.

V. — Le traitement du kyste du pancréas peut être résumé de la manière suivante :

1° Faire la laparotomie ;

2° Mettre le kyste à nu, après avoir divisé successivement les enveloppes qui le recouvrent ;

3° Ponctionner le kyste avec un trocart aspirateur pour le réduire et diminuer en même temps sa tension ;

4° Fermer le trou de la ponction à l'aide d'une pince hémostatique ou d'une pince en T;

5° Explorer l'abdomen au point de vue des adhérences et des rapports de la tumeur avec les organes voisins.

Alors, de deux choses l'une : ou bien les adhérences pourront être facilement libérées et permettront au doigt explorateur d'atteindre le point d'implantation du kyste; ou bien elles seront trop denses, trop vasculaires.

a) Dans le premier cas, on pourra pédiculiser la tumeur et l'extraire en totalité;

b) Dans la seconde alternative, il ne faudra pas s'acharner à extraire le kyste, sous peine de produire des dégâts considérables qui entraîneraient presque fatalement la mort.

La prudence la plus élémentaire commandera, dans ces cas, de suturer les parois du kyste aux téguments abdominaux et d'agir ensuite, suivant les errements connus, en faisant l'opération en un temps avec injection de liquides antiseptiques, curage, s'il est nécessaire, drainage, etc. L'eczéma est très fréquent à la suite de l'opération, et on fera bien d'enduire préventivement la peau avec une pommade de zinc. On a fait l'opération 15 fois avec 15 succès, dont 14 définitifs. La durée du traitement a varié entre quatre semaines et quatre mois.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Clinique chirurgicale de Modène, professeur Iginio Tansini : **Contribution à l'étude de l'absorption du catgut.** Recherches expérimentales du docteur M. R. Latis, assistant (in *Riforma medica*, n° 61, 18 mars). — L'absorption du catgut a été étudiée dans les plaies aseptiques, en pleins foyers purulents et dans divers liquides (eau sanguinolente putride de Lister, eau de chaux, sérum, urine, bile, etc.). Il n'y a pas d'accord dans les conclusions que les divers auteurs ont émises sur ce sujet, ce qui dépend du mode de préparation et du volume des fils employés, de l'endroit où ces fils ont été placés, etc.

M. le docteur Latis s'est efforcé d'éviter ces conditions, en se servant exclusivement de catgut à l'huile de genévrier laissé ensuite pendant quelques jours dans de l'alcool absolu. Seize expériences furent faites sur des animaux : chiens, lapins, etc., et sur diverses parties du corps et toujours sur de gros vaisseaux. Il en résulte qu'il n'y a pas de différence véritable pour l'absorption entre une plaie suppurante et une autre aseptique; du reste, la suppuration n'influence pas le catgut en temps que matière à ligature. Le péril d'une hémorrhagie secondaire semblerait pouvoir être attribué à une destruction des parois du vaisseau, que l'auteur a toujours trouvé limitée à la partie interposée aux nœuds, mais non étendue à la partie serrée par la ligature. Cette destruction ne survient que dans un temps très éloigné, qui a permis à la cicatrice vasculaire de se faire, et écarte ainsi tout danger d'hémorrhagie secondaire.

Quelques cas rares de polypes utérins (in *Riforma medica*, 15 avril, n° 84). — M. le docteur Clivio, dans la séance des 21 février et 7 mars de la Société médicale de Pavie, a montré à ses collègues un adénome polypeux de l'utérus, enlevé à une dame qui, depuis plusieurs années, était atteinte de polypes multiples, émergeant de la surface vaginale du col; ces polypes, pour nombre de praticiens, semblaient de nature maligne; le microscope en a montré le caractère anodin. L'auteur pense que ces néoformations sont de véritables adénomes développés primitivement et non consécutivement.

Un autre polype, présenté par M. le professeur Cuzzi, a laissé des doutes entre un carcinome du col et un papillome glandulaire. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-myome.

Enfin, M. le docteur Clivio a entretenu ses collègues d'un polype fibreux, contenant dans sa cavité un kyste tapissé d'épithélium cylindrique, ce qui est très rare.

Recherches expérimentales sur l'action de la suspension chez les ataxiques. — Nouvelle méthode de traitement de l'ataxie par la flexion forcée antérieure du corps, par le professeur P. Bonuzzi (in *Rivist. gen. ital. di clinic. medic.*, février, nº 2; *Giornale di clinica therapia e medicina pubblica*). — Nous avons déjà entretenu les lecteurs de l'*Union* de cette importante question à l'ordre du jour et fait connaître les doutes et les désillusions de la première heure d'enthousiasme. Le dernier mot n'est pourtant pas encore dit sur cette question, et de nouvelles expériences se continuent de toutes parts.

L'auteur a exécuté de nombreuses expériences, afin d'éclairer le mode d'action de la suspension.

Il a d'abord constaté que pendant celle-ci la moelle change ses rapports avec la colonne vertébrale. Il y a augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien. La colonne vertébrale subit enfin un allongement apparent de 1 centimètre et demi à 2 centimètres et demi.

L'auteur croit donc à l'action thérapeutique réelle de la suspension, qui serait due à l'action mécanique de l'élongation des racines de la queue de cheval et en partie à celle de la moelle, ce qui apporterait une amélioration dans la circulation endo-médullaire spinale, modifiée ensuite elle même par l'augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien et l'élongation des artères vertébrales; par conséquent, d'une part, afflux de sang artériel diminué de la moelle, et augmentation au contraire du sang veineux de l'autre. On peut donc admettre l'amélioration réelle par la suspension, qui rétablit le fonctionnement des fibres nerveuses encore saines, mais on ne doit pas admettre la guérison absolue, car les fibres nerveuses détruites ne se reproduisent pas.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur démontre que la flexion forcée antérieure du corps, en portant les genoux en contact de la tête, a pour premier résultat de procurer une très forte distension de la moelle spinale et davantage des cordons postérieurs que des antérieurs et des racines de la queue de cheval. Comme dans la suspension, il s'en suit une amélioration des conditions circulatoires de la moelle. L'auteur a pu suivre cliniquement plusieurs malades améliorés de la sorte; trois séances d'une demie à trois minutes ont suffi pour produire ce résultat; néanmoins, l'auteur n'a jamais pu trouver les réflexes patellaires de son malade, et toujours il a constaté l'irrégularité de la papille.

Sur l'hémianopsie hystérique, par M. le professeur Grecco, de Pise (in *Morgagni*, nº 8). — L'hémianopsie hystérique existe-t-elle vraiment? Bien des auteurs nient cette affection par cause nerveuse; ils ne l'admettent qu'avec une lésion organique, qui explique dès lors la lésion oculaire et les paralysies sensitives ou motrices qui l'accompagnent.

Dans le cas du professeur Grecco, l'hémianopsie était accompagnée d'hémianesthésie. Le savant professeur pisan a pu tout d'abord détruire facilement toutes les objections qui pouvaient être faites sur la nature hystérique des lésions fonctionnelles de son sujet, et dont la principale était l'hémianopsie.

Deux faits le prouvaient, l'état passager du phénomène et sa récurrence, enfin l'influence qu'exerçait sur lui la suggestion. L'auteur a su tirer de cette observation une excellente leçon clinique.

Clinique médicale de Turin, professeur Bozzolo : **Le lavage de l'organisme dans la cure de l'urémie** (in *Riforma medica*, avril, nº 88). — Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, atteint, par suite de néphrite chronique, d'albuminurie avec convulsions urémiques qui mettent sa vie en danger. Comme traitement : saignée de trois palettes qui ne produit aucune amélioration, pas plus que le régime lacté. Trois heures après la saignée, transfusion intra-péritonéale, avec précautions antiseptiques, d'un litre de sérum stérilisé artificiellement, et aussitôt un grand bain à 38º; amélioration immédiate, les accès convulsifs deviennent de plus en plus rares. Quelques heures ensuite, nouvelle transfusion combinée avec le massage, d'après la méthode usitée ordinairement pour l'hypodermoclyse; les accès convulsifs cessent et il ne reste plus que du coma.

Le lendemain matin, l'amélioration est générale; à quatre heures, on fait une autre

transfusion; enfin une dernière dans la soirée. Les jours suivants, le mieux persiste et s'accentue avec la disparition de tous les œdèmes et autres phénomènes morbides du sujet.

Depuis 1888, M. le professeur Bozzolo a usé un certain nombre de fois de cette méthode préconisée aussi par Sahli, et en a presque toujours tiré les meilleurs résultats dans l'urémie, la fièvre typhoïde, le diabète, etc. — MILLOT-CARPENTIER.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des Fêtes de la PENTECOTE, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi prochain.

— Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1891, des médailles d'honneur et mentions spéciales ont été accordées, en témoignage du concours dévoué apporté à l'organisation et au fonctionnement des postes de surveillance sanitaire pour prévenir l'importation en France de l'épidémie cholérique qui régnait en Espagne pendant le deuxième trimestre 1890, aux médecins et élèves en médecine dont les noms suivent :

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Galangau (de Port-Vendres); Cassan (de Banyuls-sur-Mer); Camino et Durruty (de Hendaye); Calmon (de Céret); Ollé (de Saint-Gaudens); Darrieu (de Saint-Jean-Pied-de-Port); Harréguy (de Lescun).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Elicagaray (de Sare); Lacoste (des Eaux-Chaudes), Marty (de La Tour-de-Carol); Colomer (de Saillagousse); Mouret, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier; Bouquet, Reynes, Poujol, Gachon, élèves de ladite Faculté; Monod et Vic, élèves de la Faculté de médecine de Paris; Marty et Dirat, interne des hôpitaux de Toulouse; Cornet, Porge, Pinatel, Dangerfield, Cannieu, Portes, Dallas, Goyestche, Jaulin, élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Garnault (de Lescun); Daraigne, Le Port, Sabrazès, élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux; Rigal, Ping et Naçabal, infirmiers; Mme Juvert, infirmière.

Mentions spéciales. — MM. du Coquet, Lacaze, élèves de la Faculté de Bordeaux; MM. Juvert, Carrere et Vinges, infirmiers.

— Un mémoire de M. Aristote Neophitos relate un curieux cas de *gigantisme* : jeune Grec né en 1864 et mort en 1887; mesures relevées : taille 2^m,33; grande envergure 2^m,45; largeur de la poitrine 0,57; largeur des épaules 0,59; circonférence de la tête 0,690; circonférence du cou 0,46; du genou au sol 0,70; longueur du médius 0,16; longueur du pied 0,41; poids du corps 188 kil. (*L'Anthropologie*, 1891, n° 1, 24.)

— M. le docteur Chéron commencera, le samedi 23 mai, à l'hôpital Bichat, un cours d'urologie pratique en dix leçons. S'inscrire le samedi, de neuf heures à dix heures, au laboratoire de la salle Récamier. (Cours gratuit.)

HÔPITAL DES ENFANTS. — Le docteur Simon recommencera ses conférences le mercredi 20 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique, le samedi, à neuf heures.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le traitement hygiénique de l'obésité.

Pour pouvoir régler convenablement le régime des obèses qui est la base du traitement à imposer à ces malades, il convient d'abord de savoir exactement d'où provient la graisse de l'organisme.

I

La graisse, les albuminoïdes et les hydrocarbonés de l'alimentation peuvent fournir de la graisse.

a) Les expériences de Lebedeff ont montré que la graisse alimentaire se fixait dans les tissus. Il a fait manger à un chien, amaigri par un long jeûne, de la viande dégraissée et de l'huile de lin, et a pu retirer ensuite cette dernière du corps de l'animal; les mêmes résultats ont été obtenus avec la graisse de mouton.

Hoffmann a fait jeûner un chien pendant un mois et lui a fait ainsi perdre 10 kilog. de son poids; il lui a ensuite donné, comme nourriture du lard avec très peu de viande. La quantité de graisse fixée en cinq jours fut de 1,353 grammes, qui ne pouvaient provenir que du lard de l'alimentation.

Maintenant, on a dit que cette graisse alimentaire servait à préserver de la destruction celle qui, dans l'organisme, provient d'autres corps. Le fait est possible, mais, en tout cas, il est certain que la graisse favorise l'engraissement.

b) La graisse peut se former par transformation des matières albuminoïdes, des viandes. C'est là un fait extrêmement important que les expériences de Pettenkofer et Voit ont mis hors de doute. Ces auteurs procédèrent d'une façon indirecte en dosant le carbone et l'azote ingérés et éliminés. En donnant à un chien de la viande dégraissée, ils n'ont pu retrouver qu'une partie du carbone que contenait cette viande. Il en était donc resté dans l'organisme et cette fixation n'était possible qu'à l'état de graisse. Il est très probable (Beaunis) que la quantité de graisse ainsi formée et fixée est peu considérable; elle ne dépasserait pas 8 à 12 centièmes de celle de l'albumine.

D'autres faits, tels que la transformation de portions d'organismes morts en ce qu'on appelle le gras de cadavre et la dégénérescence graisseuse très rapide des organes que l'on observe dans certains empoisonnements (phosphore), plaident encore en faveur de la transformation des albuminoïdes en graisse.

c) Ce sont surtout les hydrocarbonés que l'on regarde comme capables de produire de la graisse, et l'on a fait avec eux de nombreuses expériences d'alimentation. Chaniewski, Meissl, Munk sont arrivés à des résultats qui

semblent prouver que les sucres et l'amidon fournissent plus de graisse que les albuminoïdes. Cependant Voit est d'un avis opposé; pour lui, la plus grande partie des hydrocarburés est brûlée, et ils ne produisent l'engraissement que si l'on donne en même temps une quantité suffisante d'albuminoïdes.

Ce physiologiste considère que les hydrocarbonés n'ont qu'une *action directe*; plus oxydables que les graisses, ils protègeraient cette dernière contre l'oxydation. Le rôle de protection des hydrocarbonés existerait aussi à l'égard des albuminales.

En résumé, les trois grandes classes d'aliments peuvent donner de la graisse, et il semble bien prouvé que la graisse alimentaire peut se fixer dans les tissus, et que les hydrocarbonés favorisent l'engraissement soit directement, soit indirectement. Nous allons voir tout à l'heure si ces données sont applicables à la fixation du régime des obèses.

Tout le monde sait que la graisse peut disparaître extrêmement rapidement et que certaines maladies s'accompagnent d'un amaigrissement très prompt. Comme jamais la graisse ne passe dans les sécrétions, elle subit une transformation chimique, probablement une oxydation ou une sorte de fermentation, dont les derniers termes atteints immédiatement ou médiatement sont l'acide carbonique et l'eau. Ce qu'il y a de certain, c'est que les oxydations favorisent la destruction de la graisse et que tout ce qui les ralentit est suivi de son accumulation.

II

Dès l'antiquité, les médecins se sont préoccupés de trouver un régime contre les obèses. Témoin ce passage d'Hippocrate cité par M. Dujardin-Beaumetz : « Les gens gras, et tous ceux qui veulent devenir plus minces, doivent faire à jeun toute chose laborieuse et se mettre à manger encore essoufflés de fatigue, sans se rafraîchir et après avoir bu du vin trempé et non très froid; leurs mets seront apprêtés avec du sésame, des douceurs et autres substances semblables, et ces plats seront gras; de cette façon on se rassasiera en mangeant le moins, mais, en outre, on ne fera qu'un repas, on ne prendra pas de bain, on couchera sur un lit dur, on se promènera autant que l'on pourra. »

C'est Dancel qui, le premier, a cherché à établir, sur des bases scientifiques, un régime de l'obésité. Il réduisait les boissons le plus possible, défendait les soupes, les aliments aqueux, les corps gras et les fécules et prescrivait de fréquentes purgations. A chaque repas, le malade ne devait prendre que de 200 à 400 grammes de liquide.

Au début, le régime de Dancel est difficile à suivre et on peut d'abord commencer par le mitiger, selon le conseil de M. Constantin Paul. Une dame, soignée par lui, a pu suivre ce traitement pendant dix ans et s'en est fort bien trouvée.

En Angleterre, le traitement de l'obésité le plus célèbre est le traitement de Banting, ainsi appelé du nom du malade qui l'a subi; le médecin traitant était le docteur Harvey. Le régime que suivait le malade était le suivant :

Déjeuner : 5 ou 6 onces (155 à 186 gr.) de viande maigre (sauf porc ou veau), de poisson grillé ou de lard fumé; une tasse de thé ou de café sans lait ni sucre; 1 once (186 gr.) de biscotte ou de pain rôti.

Dîner : 5 à 6 onces (155 à 186 gr.) de viande maigre ou de poisson (excepté saumon, anguille et hareng); une petite quantité de légume (excepté

pommes de terre, panais, carottes, betterave, pois, fèves); 1 once de pain rôti ou de fruit, de volaille; 2 verres de vin rouge. La bière, le champagne, le porto sont interdits.

Thé : 2 à 3 onces (62 à 73 gr.) de fruit, un échaudé, une tasse de thé.

Souper : 3 à 4 onces (93 à 124 gr.) de viande maigre ou de poisson; 1 ou 2 verres de vin rouge.

Au coucher : grog sans sucre ou 1 verre ou 2 de vin rouge ou de Xérès.

Ce régime à permis à Banting de maigrir de 40 livres.

Malheureusement, s'il est efficace, le traitement est extrêmement débilitant; les malades perdent leurs forces et arrivent à avoir une répugnance invincible pour la viande maigre. Au point de vue physiologique, la quantité de cette viande était en grand excès. Enfin, dès qu'on cesse de s'astreindre à la nourriture spéciale, la graisse reparaît.

Le système d'Ebstein est beaucoup mieux toléré et il paraît conduire à de bons résultats. Ce médecin donne une certaine quantité de graisse à ses obèses, de 60 à 80 gr. par jour, sous forme de beurre ou de lard. Cette graisse aurait plusieurs avantages : en premier lieu, elle diminuerait les sensations de faim et de soif; en second lieu, elle jouerait un rôle tout spécial vis-à-vis des substances albuminoïdes; ces dernières pourraient être assimilées par l'organisme sans jamais se dédoubler en graisse, de telle sorte que la graisse de l'organisme pourrait s'user pendant ce temps sans se renouveler (G. Sée).

Voici le détail de la cure d'Ebstein :

Déjeuner à sept heures et demie en hiver et à six heures en été : 250 gr. de thé noir sans lait ni sucre; 50 gr. de pain blanc ou de pain rôti recouvert d'une forte couche de beurre.

Dîner à deux heures : potage souvent à la moelle de bœuf; 120 à 130 gr. de viande, de préférence grasse, avec sauce grasse; quantité modérée de légumes, surtout des légumineuses; pas de pommes de terre ni de légumes renfermant du sucre; fruits de la saison et fruits cuits non sucrés. Comme boissons, 2 ou 3 verres de vin blanc léger, et, après le repas, une tasse de thé sans lait ni sucre.

Souper à sept heures et demie : une grande tasse de thé pur; un œuf ou un rôti gras ou du jambon ou lard; une tartine de pain bien beurré et, de temps à autre, du fromage ou des fruits frais.

Le professeur G. Sée est partisan du système d'Ebstein avec les modifications suivantes : usage abondant de boissons, addition de substances gélatineuses au régime; parfois nécessité de petites doses d'iodure. Il a obtenu, dans 20 cas, un succès constant et relativement assez prompt. Nous reviendrons, du reste, tout à l'heure, sur les idées de M. G. Sée en discutant le rôle de l'eau dans la nutrition.

Quoi qu'en dise Ebstein, son régime, qui a donné aussi de bons résultats à Unna et Leube expose à la dyspepsie qui force quelquefois à modifier les prescriptions.

Demuth réduit le plus possible la quantité des hydrocarbonés et permet une certaine proportion de graisse.

Le traitement d'OErtel est très célèbre et est basé sur une série de moyens qui ont pour but de retirer le plus possible d'eau du sang. Il est surtout prescrit aux obèses dont le cœur est dégénéré.

Voici le menu d'OErtel, d'après Mass (cité par Dujardin-Beaumetz) :

Le matin : 150 gr. de thé ou de café avec un peu de lait; 75 gr. de pain.

A midi : 110 ou 120 gr. de viande rôtie ou bouillie ou de volaille peu grasse ; poisson peu gras ; salade et légumes à volonté ; 25 gr. de pain ; quelquefois jusqu'à 100 grammes de farineux. Comme dessert, 100 à 200 gr. de fruits, quelquefois un peu de confiture. Pas de boissons. Dans l'été, si on n'a pas de fruits, 17 à 25 centilitres de vin léger.

Dans l'après-dîner : une tasse de café ou de thé comme au déjeuner, avec tout au plus 17 centilitres d'eau ; exceptionnellement, 25 gr. de pain.

Comme souper : un ou deux œufs à la coque, 150 gr. de viande, 25 gr. de pain, un peu de fromage, de la salade ou des fruits ; 17 à 25 centilitres de vin coupé avec un huitième d'eau.

La quantité des boissons peut être un peu augmentée quand il n'y a pas de troubles morbides du côté du cœur.

Schwenninger a modifié ce traitement en permettant de boire assez abondamment, mais surtout deux heures après le repas.

La méthode d'OErtel a, du reste, entraîné la production de dyspepsies graves (Meyer) et d'albuminuries mortelles (Rosenfield).

Tandis que les uns défendent les boissons, les autres, au contraire, les ordonnent. Il importe donc de tâcher d'établir quel est le rôle de l'eau dans la nutrition.

Un grand nombre de physiologistes admettent que l'eau active les échanges nutritifs, ce qui se traduit par l'élimination d'une plus grande quantité d'urée. Les expériences de Genth et d'Albert Robin paraissent démonstratives.

Expériences de Genth.

	Matières solides.	Urée.	Rapport de l'urée avec matières solides.
Régime ordinaire............	70 gr. 129	43 gr. 269	61,6
Deux litres d'eau............	73 gr. 057	48 gr. 359	61,1
Quatre litres d'eau..........	75 gr. 356	53 gr. 194	70,5

Expériences de M. A. Robin.

	Quant. d'urée.	Mat. sol.	Urée.	Rapp. de l'urée avec mat. sol.
Moyenne de cinq jours......	1,200 gr. »	65 gr. 75	32 gr. 53	49,4
Moyenne avec 1,250 gr. d'eau.	2 150	65 gr. 33	34 gr. 76	53,2

Bischoff, Voit, Hermann ont montré que l'eau accroissait non seulement l'élimination de l'urée, mais encore celle du chlorure de sodium, de l'acide phosphorique, etc. Ter-Grigoriantz (de Saint-Pétersbourg) a vu aussi la désintégration augmenter quand la quantité des boissons atteignait de 1,400 à 2,400 c. c.

Oppenheim, Frænkel, etc , et, en France, M. Debove, ont constaté que l'eau n'avait que peu d'influence sur les échanges ou les diminuait. MM. Debove et Flament ont donné des quantité d'eau variant de 1 à 4 litres ; au-dessous de 1 litre, le chiffre de l'urée s'abaisse ; mais, dans les limites ci-dessus, il ne dépend que de la quantité des aliments ; aussi Lallemand admet-il que l'eau n'a pas d'influence sur les échanges.

Mais les résultats de M. Debove ont été discutés (G. Sée) et il semble bien que l'on peut admettre l'influence de l'eau sur la nutrition ; surtout quand elle est prise au moment du repas, elle augmenterait la quantité d'urée éliminée.

Les boissons abondantes auraient encore d'autres avantages. Elles faci-

literaient la digestion et auraient une action diluante qui serait loin d'être à négliger lorsque les obèses sont goutteux et ont les reins encombrés d'acide urique et d'acide oxalique (G. Sée).

Le professeur G. Sée admet donc les boissons abondantes dans son régime des obèses. Mais, parmi les boissons, la bière est un liquide très stéatogène; il en est de même de l'alcool, et, d'après lui, c'est à peine si l'on doit permettre quelque peu de liqueur ou de vin dilué aux malades quand ils ont déjà le cœur graisseux. Il préconise surtout les boissons théiques et caféiques prises en quantité marquée et à température élevée, aux repas aussi bien que dans leur intervalle. Le café est probablement, à forte dose, un moyen de dénutrition. Ainsi que le thé, il agit activement par la théine; si son usage entraîne d'abord un peu d'insomnie et quelques palpitations, il n'y a pas lieu de trop s'en préoccuper.

Voici le résumé que le professeur G. Sée donne du régime à suivre dans l'obésité :

1° Le régime physiologique comprend 120 à 130 gr. de principes azotés, provenant de 250 à 300 gr. de chair musculaire et d'albuminate; de 100 à 200 gr. de graisses neutres, plus 250 gr. d'hydrocarbure, fournis par 3 ou 400 gr. de fécule ou de sucre; ces proportions doivent être modifiées de façon que les substances musculo-albumineuses ne dépassent pas sensiblement la ration normale, car la viande en excès, en se dédoublant, fournit elle-même de la graisse; les corps gras faciles à digérer peuvent, sans inconvénient, être utilisés à la dose de 60 à 90 gr., les hydrocarbures seront réduits au minimum ; quant aux aliments herbacés, ils ne contiennent rien de nutritif.

2° Les boissons, loin d'être supprimées, seront augmentées pour faciliter la digestion stomacale et activer la nutrition générale; mais il faut supprimer les liquides alcooliques, la bière surtout, ainsi que les eaux minérales, comme usage habituel. Elles seront toutes remplacées par des liquides caféiques et surtout par des infusions (chaudes autant que possible) de thé.

(A suivre) P. Chéron.

Congrès d'ophthalmologie (1).

Anatomie pathologique de la buphthalmie. — M. Kalt : La maladie dépend d'une irido-choroïdite chronique qui entraîne l'oblitération des vaisseaux du tractus uvéal; il y a, en outre, une hypersécrétion intra-oculaire. Les voies d'excrétion de l'œil ont été trouvées très agrandies. L'hypersécrétion tiendrait à une élévation de la tension dans les artères ciliaires par suite de l'oblitération d'une grande quantité de capillaires choroïdiens.

— M. Tscherning a pu observer une *forme à image subjective provenant de l'œil.* Il faut se placer dans une chambre noire et diriger dans l'œil une lumière assez vive, en fixant un point à une certaine distance. On voit alors une lueur blanchâtre qui suit la direction du regard et est placée à un endroit à peu près symétrique à la source lumineuse, par rapport à la ligne visuelle. La lueur est due à une double réflexion qui se fait à la surface postérieure du cristallin et à la surface de la cornée.

A l'aide de cette image, on peut déterminer exactement l'axe de symétrie de l'œil.

Prolapsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte — M. Parinaud : L'extraction simple de la cataracte est une bonne opération. Cependant la cataracte secondaire est fréquente à sa suite et il en est de même du prolapsus de l'iris.

(1) Suite. — Voir les numéros des 12 et 14 mai 1891.

On peut distinguer un prolapsus primitif et un prolapsus secondaire. Le prolapsus primitif se produit surtout dans les plaies linéaires et périphériques; s'il y a un lambeau, le prolapsus est moins à redouter. Lorsque après l'issue du cristallin l'iris se réduit mal, il vaut mieux forcer l'iridectomie que de répéter les instillations d'ésérine.

Le prolapsus secondaire prend souvent naissance sous l'influence d'un effort de l'action des muscles de l'œil qui rompent un début de cicatrisation, de telle sorte que la sortie de l'humeur aqueuse entraîne l'iris qui s'enclave. L'accident s'accompagne de l'écoulement d'un peu de liquide sur la joue et d'une douleur dans l'œil. On pourrait, chez les malades indociles, bronchitiques, faire l'iridectomie préventive.

Quand on constate la hernie de l'iris pendant les vingt-quatre premières heures, on peut faire l'excision; plus tard cette opération devient difficile, et il faut laisser la cicatrisation se faire. Quelquefois la hernie disparaît d'elle-même. Si un staphylocome survient, le mieux est de le détruire par le thermocautère.

M. Trousseau regarde les instillations d'ésérine comme inutiles; les enclavements ne sont pas plus fréquents quand on ne s'en sert pas. Souvent l'accident résulte d'un pansement défectueux.

M. de Wecker le rattache à la présence de masses molles sous l'iris; ces masses, en repoussant la membrane, favorisent la hernie.

M. Galezowsky accorde une grande importance à la forme du lambeau. Il le fait semi-elliptique et se terminant dans la cornée.

Pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique. — M. Chibret : Il faut étudier : 1° le terrain en général et la conjonctive en particulier; 2° le microbe.

La conjontive présente des conditions physico-chimiques (chaleur, humidité, alcalinité légère) favorables à la culture de la plupart des bactéries. Tous les observateurs s'accordent pour reconnaître à la conjonctive une riche flore bactérienne; mais, malgré la présence de nombreux germes pathogènes, notamment le staphylococcus aureus pyogenes, les conjonctives restent saines tant que leur revêtement épithélial présente une barrière à la pénétration des bactéries ou de leurs sécrétions. Advienne une éraillure ou une desquamation de l'épithélium, la porte est ouverte à l'infection.

Cette lésion est produite par des agents :

a) Exogènes : irritations physiques (poussières, passage brusque du froid au chaud et réciproquement), irritations chimiques (parmi lesquelles il faut probablement comprendre l'action des sécrétions phlogogènes de certains microbes, blennorrhagie, diphthérie, qui ont la faculté d'attaquer la conjonctive intacte).

Le virus trachomateux, au contraire, ne semble pouvoir pénétrer qu'à la suite d'une brèche épithéliale qu'il est impuissant à produire. Il est à noter que l'irritation produite par certaines poussières (filatures de coton et surtout de lin) prédispose la conjonctive au trachome, tandis que d'autres poussières (celles de charbon dans les mines de houille) n'ont pas la même action.

Les altérations conjonctivales exogènes comprennent encore les mêmes affections virulentes de la conjonctive : un simple catarrhe, une ophthalmie blennorrhagique peuvent ouvrir la porte au trachome. Il résulte, en effet, des chiffres établis par Gunning, que le trachome varie de fréquence comme les affections générales de la conjonctive.

b) Endogènes. Quant aux altérations endogènes de la conjonctive ouvrant la porte aux infections virulentes, ce sont : les affections impétigineuses ou eczémateuses de cette muqueuse, si fréquentes dans l'enfance. Ces altérations, encore mystérieuses dans leurs origines, reconnaissent probablement pour cause une modification chimique des humeurs constitutives des tissus.

Enfin, en dehors de toute lésion locale, il est certain que l'état de la santé générale joue un rôle au point de vue de la réceptivité et de la gravité des affections virulentes.

D'autres facteurs diminuent la réceptivité conjonctivale; ce sont : l'antisepsie et l'immunité individuelle, qui seules préservent l'organisme de l'infection.

La méthode de Crédé démontre que l'on peut prévenir presque complètement l'oph-

thalmie des nouveau-nés, soit en faisant de la conjonctive un terrain stérile pour le gonococcus, soit en atténuant chimiquement sa virulence.

Pour ce qui est de l'immunité individuelle, M. Chibret a démontré récemment que, dans l'aire géographique couverte par les peuples ayant conservé les caractères de la race celtique, on observe l'immunité pour le trachome; Swan Burnett, quinze ans auparavant, avait déjà signalé, en Amérique, la même immunité chez les nègres.

Le terrain, en tant que disposition anatomique des tissus, peut varier non seulement selon les individus, mais même avec l'âge de l'individu. La grande réceptivité du nouveau-né pour l'ophthalmie blennorrhagique et la bénignité de l'affection chez lui, comparée à celle de l'adulte, reconnaissent une cause d'ordre anatomique. L'épithélium conjonctival, dans les premières journées de l'existence, n'oppose qu'une barrière peu résistante aux actions physico-chimiques et, par suite, à l'infection. La présence, sous l'épithélium de l'adulte, d'une couche développée de cellules lymphoïdes favorable au développement des coccus, couche très peu développée chez le nouveau-né, explique la gravité de l'affection chez l'adulte et sa bénignité chez le nouveau-né. (Widmarck.)

L'étude du microbe est plus avancée que celle du terrain. Le gonococcus et le bacille diphthericus sont bien connus maintenant. Dans le trachome, Sattler, Michel, Staderini, Kucherski ont cru isoler un coccus spécifique; Koch, au récent Congrès de Berlin, range le trachome parmi les affections dont le bacille reste à découvrir.

Weeks et Kartulis ont trouvé un bacille dans la sécrétion d'une ophthalmie purulente aiguë qui sévit en Amérique, et ont reproduit l'affection en employant des cultures de plusieurs générations. La conjonctivite catarrhale aiguë d'Europe, nettement contagieuse, semble analogue à celle qu'a étudiée Weeks. Le micro-organisme qui la produit n'a pas encore été isolé. Il ne semble pas être une forme atténuée d'un autre microbe conjonctival, tel que le gonococcus. La conjonctivite blennorrhagique n'a, en effet, ni la marche ni la grande contagiosité de la conjonctivite catarrhale.

Cependant les métamorphoses du streptococcus pyogenes doivent rendre très prudentes les opinions en matière de spécificité, pour tout ce qui concerne le pouvoir des microbes. Quoi qu'il en soit, ce microbe semble une exception, et la spécificité pathogénique, découlant de la spécificité du micro-organisme, doit être acceptée jusqu'à plus ample connaissance comme une loi générale.

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Vérité (de La Bourboule);

2° Une lettre de M. le docteur Combe (de Paris) rappelant son travail sur l'emploi de la cocaïne, lu au Congrès de chirurgie;

3° Le paludisme à Mostaganem, par M. Geschwind.

— M. le Président annonce que le bureau de l'Académie a décidé que désormais les personnes étrangères à la Compagnie qui désirent lire un travail à ladite Académie, devront préalablement déposer leur manuscrit au secrétariat.

La médication chlorurée sodique. — M. A. Robin : La balnéation chlorurée sodique a pour principaux effets de donner une forte impulsion aux échanges azotés, à l'oxydation des produits de désassimilation.

Les indications principales sont au nombre de trois. Ce sont : les états morbides avec hypo-azoturie; l'amoindrissement des oxydations azotées; les cas où il y a lieu d'utiliser l'action d'épargne sur les tissus riches en phosphore et ceux riches à la fois en azote et en phosphore.

Le bain au quart conviendra surtout aux malades chez lesquels il n'y a pas lieu

d'augmenter les échanges azotés, ni les oxydations; chez ceux qui fabriquent trop d'acide urique.

Le bain demi-sel sera utile aux malades chez lesquels il faut relever les échanges azotés sans accroître beaucoup les oxydations. Il est contre-indiqué dans l'uricémie, utile dans les affections ganglionnaires torpides, la scrofule, les périostites, les arthrites chroniques.

Le bain pur sel sera donné dans la nutrition languissante, dans les affections osseuses, chez les névrosés, chez certains anémiques, etc.

La balnéation chlorurée sodique sera la médication hydro-minérale du lymphatisme, de la scrofule, de ses manifestations ostéo-articulaires, du rachitisme, des inflammations chroniques de l'appareil utérin, du rhumatisme chronique de certaines anémies, etc.

Tous les médecins savent que toutes les anémies ne sont pas justiciables de la médication martiale et qu'il faut parfois les traiter par les arsenicaux. Mais il n'y a pas de moyen clinique de déclarer, avant tout traitement, que le fer convient à tel anémique et l'arsenic à tel autre.

Or, ce moyen, M. Robin croit l'avoir trouvé.

Si l'on étudie la chimie des échanges chez les anémiques, on arrive à les diviser en deux classes.

La première comprend les anémiques qui ont des échanges azotés diminués et une oxydation amoindrie; chez eux, le coefficient d'oxydation azotée s'abaisse à 75 p. 100 en moyenne, au lieu du chiffre normal de 80 à 82 p. 100. La seconde classe renferme les anémiques dont les échanges et les oxydations azotées sont augmentés et dépassent la normale précédente.

Comme M. Robin s'est assuré expérimentalement que le fer accroissait les oxydations et que l'anémie les diminuait, cette conclusion mathématique s'impose, que la médication ferrugineuse convient aux anémiques de la première classe, et que ceux de la seconde classe doivent être soumis à une médication restrictive des oxydations, à la médication arsenicale, par exemple.

Ces recherches expliquent le mystère des insuccès du fer chez certains anémiques.

La balnéation chlorurée sodique convient aux obèses par défaut et échoue chez les obèses par excès. Il ne faut pas la prescrire aux goutteux confirmés, mais seulement dans la goutte chronique avec lésions passives alors que la nutrition est devenue retardante.

La balnéation ne sera que rarement indiquée dans le diabète dans lequel il y a des actes oxydants ou désassimilateurs trop actifs.

Il faut encore mentionner parmi les indications certaines auto-intoxications d'origine intestinale ou provenant du surmenage, certains cas de neurasthénie.

M. Hayem regarde la médication chlorurée sodique comme toujours contre-indiquée dans la chlorose. Elle ne peut être appliquée que quand la maladie est guérie pour consolider la guérison. De plus, on ne peut guérir un chlorotique sans fer qui est le médicament spécifique de la maladie; il n'échoue que quand l'assimilation se fait mal, la préparation étant mauvaise ou le tube digestif malade. L'arsenic n'est indiqué que dans des anémies mal connues, avec troubles des organes hémato-poiétique, dans l'anémie pernicieuse.

M. Robin n'a pas fait d'expériences cliniques et a simplement voulu donner un programme des différentes affections dans lesquelles la médication chlorurée sodique paraît indiquée.

M. Hayem reconnaît que la chimie peut rendre de grands services à la pathologie, mais il ne faut pas conclure trop vite de la chimie faite dans un cabinet.

M. Gariel : Parmi les signes qui permettent d'établir le diagnostic d'une tumeur, on signale fréquemment la transparence que celle-ci peut présenter lorsqu'elle est interposée entre l'œil de l'observateur et une source de lumière, la flamme d'une bougie, par exemple.

Disons tout d'abord que le mot transparence est mal employé et qu'il faudrait lui substituer celui de translucidité.

On ne peut rien conclure de la translucidité des tumeurs en ce qui concerne l'état de la substance contenue (liquide, gélatineuse ou même solide), et, de plus, la translucidité complète peut coïncider avec l'existence d'un corps opaque renfermé dans la tumeur, comme un testicule contenu dans un hydrocèle.

C'est ce point que M. Gariel a voulu étudier pour indiquer comment il faut opérer pour mettre en évidence l'existence ou l'absence d'un corps opaque.

L'absence de l'ombre du corps opaque tient à ce que la surface qui éclaire par diffusion est trop étendue par rapport à lui; il suffit, pour provoquer la production de l'ombre, de diminuer l'étendue de la surface éclairante.

On peut arriver à ce résultat, par exemple, en plaçant contre la tumeur, du côté de la lumière, un écran opaque, un morceau de carton dans lequel sera pratiquée une petite ouverture, une ouverture circulaire de 1 ou 2 centimètres de diamètre.

Naturellement, dans ce cas, la partie observée, celle que regarde l'observateur, sera moins éclairée, ce qui est un inconvénient réel.

Aussi est-il préférable d'intercaler entre la lumière et la tumeur une lentille convergente, placée de manière à donner, sur la paroi opposée à celle que regarde l'observateur, une teinte lumineuse de 1 à 2 centimètres de diamètre. L'effet sera le même, au point de vue de la production de l'ombre, que par l'emploi du diaphragme, mais au lieu de diminuer l'éclairement, on l'aura augmenté, au contraire, et, par suite, l'ombre sera plus facilement perceptible.

M. Proust expose les mesures de prophylaxie prescrites en France en 1890, contre le choléra d'Espagne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Grossesse extra-utérine. — Présentations.

M. Terrillon fait un rapport sur une observation de M. Tuffier relative à un cas de *grossesse extra-utérine*. La malade, âgée de 34 ans, avait déjà eu deux enfants, lorsque, peu de temps après la suppression d'une époque, apparurent des douleurs dans le ventre survenant par accès et un écoulement intermittent de sang par le vagin.

A l'examen, on trouva sous la paroi abdominale, adhérente à cette paroi, une tumeur grosse comme le poing semblant se confondre avec l'utérus. On ne put poser de diagnostic, et l'on fit l'incision exploratrice. On trouva un fœtus de trois mois calcifié et une masse assez grosse, adhérente à l'utérus qui, après l'ablation, fut reconnue être formée par une cavité kystique vide et un placenta. La guérison se fit facilement.

— M. Broca communique deux observations de *plaies du foie par instrument tranchant*. Dans un cas, on fit la suture; dans l'autre, le tamponnement. Les deux malades succombèrent à des lésions multiples, mais les plaies du foie étaient cicatrisées.

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait la *résection du sommet du poumon* pour tuberculose pulmonaire limitée. Le résultat opératoire est excellent.

— M. Kirmisson présente un enfant atteint de *microdactylie*.

— M. Schmitt (de Versailles) lit une observation de *luxation du pouce en arrière avec plaie de l'éminence thénar*. La mort fut causée par le tétanos.

— M. Walker montre un malade auquel il a fait, l'année dernière, la *suture de la rotule* fracturée. Le tendon du triceps s'étant rompu cette année du même côté, on put constater que le cal de la rotule était osseux.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois d'avril 1891.

N. B. — Les thèses précédées d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 8 avril 1891. — N° 167. M. Erasmo do Amaral. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophie. Nature, diagnostic, pronostic et traitement. (Président, M. Fournier.) — N° 168 (*). M. Bellanger (Cyr) : Traitement du spina bifida. (Président, M. Tillaux.)

Jeudi 9. — N° 169. M. Huc (Auguste) : Maladies du cœur et névroses. (Président, M. Debove.) — N° 170. M. Ehrhardt (Christian) : Des hémorrhagies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose et dans diverses maladies du foie. (Président, M. Debove.) — N° 172. M. Camuzet (Louis) : Contribution à l'étude de l'hystérie d'origine hérédo-alcoolique. (Président, M. Debove.)

Jeudi 16. — N° 172 (*). M. Marquézy (Robert) : Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement. (Président, M. G. Sée.) — N° 173. M. Caillet (Frédéric) : Etude sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses. Dissociation syringomyélique. (Président, M. Straus.) — N° 174. M. Thibaudet (Pierre) : Veines de la main et de l'avant-bras. (Président, M. Straus.) — N° 175. M. Galand (Aimé) : De la parotidite à pneumocoques. (Président, M. Duplay.) — N° 176. M. Getten (René) : Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées. (Président, M. Tarnier.)

Jeudi 23. — N° 177. M. Batuand (René) : Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus; l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage. (Président, M. Peter.) — N° 178. M. Bitterlin (G.-P.-E.) : Etiologie de la tuberculose chez les enfants. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 24. — N° 179. M. Bouron (I.) : Etude sur le pied-bot congénital à manifestations tardives. (Président, M. Tillaux.) — N° 180. M. Thomas (Félix) : Des abcès tuberculeux péri-néphrétiques. (Président, M. Tillaux.)

Jeudi 30. — N° 181. M. Morin (Amand) : Contribution à l'étude de l'épithéliome primitif de la vésicule biliaire. (Président, M. Peter.) — N° 182. Mlle Bernstein Kohan : Contribution à l'étude du diabète traumatique. (Président, M. Proust.)

FORMULAIRE

Liniment contre la pelade. — E. Besnier.

Alcoolat de Fioravanti	}	
Teinture de cantharides	}	ââ 5 grammes.
Teinture d'iode	}	
Chloroforme		15 —
Acide acétique cristallisable		de 5 à 10 —

Mêlez. — Tous les matins, on savonne la tête, puis on la frictionne avec le mélange ci-dessus.

Le soir, on étend sur le cuir chevelu, la pommade suivante :

Acide salicylique et résorcine	1 gramme.
Soufre précipité	10 grammes.
Vaseline	100 —

Mêlez. — N. G.

COURRIER

La science a la Chambre des députés. — La commission du budget de la Chambre des députés vient d'achever l'examen du budget de l'Instruction publique. Aux Facultés elle a accordé 9,000 francs pour les travaux histologiques, 15,000 francs pour le chauffage et l'éclairage dotés d'une manière absolument insuffisante pour des locaux qui ont décuplé depuis 1876. Elle a pris en outre deux résolutions particulièrement importantes : 1° Elle a chargé son rapporteur de signaler la nécessité d'une revision des chaires de l'enseignement supérieur qui se sont développées peut-être un peu inconsidérément et dont plusieurs semblent faire de doubles emplois, si l'on embrasse dans leur ensemble les Facultés, le Muséum et le Collège de France. Cette revision arrivera à supprimer les cours qui pourraient être superflus et à créer ceux qui seraient reconnus utiles. Elle a appelé enfin l'attention du ministre sur la possibilité de réduire encore le nombre des boursiers en élevant le taux des bourses (15 et 1,800 francs au lieu de 12 et 1,500 francs) et sur la nécessité d'en réserver une large part aux maîtres répétiteurs. (*Progrès méd.*)

Congrès des Sociétés savantes. — Le 29e Congrès annuel des Sociétés savantes aura lieu les vendredi 22, samedi 23, lundi 25, mardi 26 courant. La séance de clôture aura lieu le mercredi 27. L'ouverture du Congrès, fixée primitivement au 19, a été remise au 22 courant afin de permettre à M. Bourgeois, ministre de l'instruction publique, qui doit accompagner M. le Président de la République dans les départements du Midi et à l'inauguration de la Faculté de médecine de Toulouse, de présider aux travaux du Congrès.

Concours de l'internat de Saint-Lazare. — Voici la liste des membres du jury pour ce concours, qui s'est ouvert à Saint-Lazare le 19 mai.

MM. E. Vidal, président; Hallopeau, Le Pileur, Jullien.

— MM. les docteurs Delage, médecin inspecteur des écoles de Paris; Paris, médecin du collège de Verdun, et Billet, médecin du lycée de Lons-le-Saunier, sont nommés officiers d'Académie.

Faculté de médecine de Paris. — M. Chambrelant est nommé préparateur du cours d'accouchements, en remplacement de M. Crouzat, appelé à d'autres fonctions.

M. Boulay est nommé préparateur des cours de pathologie interne, en remplacement de M. Rémond, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Bédard et Marie, chargés des fonctions d'agrégé, sont chargés le premier des fonctions de chef des travaux de physiologie, le second des fonctions de chef des travaux de chimie.

M. le docteur Maurel est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. Biarnès est nommé chef des travaux de pharmacie.

M. le docteur Bauby est nomme chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Destaruc est chargé de fonctions de chef de clinique médicale.

M. le docteur Pascal est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale.

Sont nommés : MM. Gally, prosecteur; Aubialles et Durand, aides d'anatomie; Daumic, préparateur d'anatomie générale; Biscours, préparateur de pathologie générale; Pezet, préparateur de chimie; Duranton, préparateur de pharmacie.

M. le docteur Garrigou est chargé d'un cours complémentaire d'hydrologie.

— M. le docteur Fioupe, médecin-adjoint au lycée de Marseille, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Combalat, décédé.

M. le docteur Roux est nommé médecin-adjoint au lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Fioupe.

La crémation a Liverpool. — La résolution suivante a été votée à une grande majorité à la dernière réunion de la Société médicale de Liverpool : Cette Société a reconnu que la crémation des corps présente les plus grands avantages et elle pense que l'établissement d'un four crématoire à Liverpool, d'après des règles convenables, ne soulèverait aucune objection. Il est établi qu'il y a maintenant environ 42 fours crématoires

fonctionnant dans le monde entier et que le premier des temps modernes a été érigé à Milan, en Italie, en 1889. On voit par là que la crémation a eu une rapide extension. (*The Journ. of the American Medical Association,* 21 mars.)

— Nous recevons la note suivante :

Pour des motifs d'ordre tout particulier, tenant aux conditions dans lesquelles a été publiée la liste des médecins des stations thermales de France, et qui ne sauraient en aucune façon établir un précédent, nous croyons de notre devoir de signaler l'omission, dans notre édition de 1891, du nom du docteur P. Bouloumié parmi les médecins exerçant à Vittel. (*Annuaire Rosenwald.*)

Hôpital Saint-Louis. — *Avis.* — En raison des modifications survenues dans le programme des cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du Lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles, Provisoirement, les travaux de son service seront limités aux suivants : Mardi, opérations dermatologiques, laboratoire Alibert, à neuf heures. — Mercredi, affections du cuir chevelu et dermatophyties, laboratoire Alibert, à neuf heures. — Vendredi, consultation clinique, 38, rue Bichat, à neuf heures.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Le Diberder père (de Lorient). C'était un médecin des plus instruits et des plus justement honorés; c'était pour nous un vieil ami. Ce deuil nous frappe tout particulièrement, et nous envoyons l'expression de notre bien vive sympathie à son fils, le docteur H. Le Diberder, notre excellent camarade, qui exerce la chirurgie avec tant de distinction dans le département du Morbihan.

— M. le docteur E. Bancel, maire de Melun, président de l'Association médicale de Seine-et-Marne, est mort subitement le lundi 18 mai, dans sa 67e année.

Cette triste nouvelle, qui nous a surpris inopinément, nous cause un profond chagrin. M. le docteur Bancel, fils d'un médecin qui avait longtemps exercé à Melun et qui y avait conquis le respect et l'affection de tous, s'était fait à son tour une situation des plus belles et des plus enviées, non seulement par son talent de praticien, mais aussi par l'élévation de son caractère, par son dévouement et son amour du bien public. Comme médecin et comme maire, sa popularité était grande. Les regrets qu'il laisse parmi les siens seront sans consolation, comme son affection pour eux était sans bornes. Nous perdons en lui un ami des premiers jours; la famille médicale, un modèle d'honneur professionnel.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Combalat (de Marseille); P.-A. Desfossés et Guérin-Méneville (de Paris); Juhel (de Caen).

Société de médecine de Paris. — Séance du 23 mai 1891. — *Ordre du jour* : Communications diverses.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou,* puissant réparateur.

Phthisie. — *Consomption.* — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — **Anorexie.** — Trait' physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Il y a longtemps, ce me semble, que la physique n'avait apporté grand aide à la médecine, depuis le microscope et l'électricité. Grâce à M. Gariel, la chirurgie pourra trouver pour le diagnostic des tumeurs un secours efficace dans l'emploi des lentilles; on pourra ainsi savoir si les tumeurs, dont on veut connaître la translucidité à l'aide des rayons lumineux, renferment un corps opaque, le testicule, par exemple, dans les hydrocèles.

En rendant compte à l'Académie des résultats fournis par les mesures prises contre l'importation du choléra d'Espagne en France en 1890, M. le professeur Proust a démontré l'utilité de ces mesures, et rendu hommage à l'habileté et à l'énergie avec lesquelles elles ont été appliquées par MM. Netter et Charrin.

Le laboratoire de physiologie de la Faculté continue ses expériences, sous la direction de MM. Ch. Richet et Héricourt, sur les effets des injections de sérum dans la tuberculose. Bien que faites sur des lapins, ces expériences démontrent qu'on est en possession d'un moyen très puissant contre l'évolution de la tuberculose, que ce moyen soit employé avant

FEUILLETON

CAUSERIE

Pour un joli canard, voilà un joli canard! Mon Dieu, qu'il est donc joli!

Le *Petit Journal* de mardi dernier, et après lui nombre de journaux ont raconté la mort lamentable d'un malheureux naturaliste envoyé en mission en Algérie.

Triste mort d'un savant! — Tué par des sauterelles! et autres titres alléchants. Puis des détails circonstanciés de l'événement.

M. Kunckel d'Herculais (c'est de lui qu'il s'agit) s'était rendu au douar Sidi-Eral pour y relever des gisements d'œufs de peierins. (Est-ce bien peierins ou pèlerins? Je crois que jamais pèlerins n'ont marché aussi vite que les sauterelles d'Algérie. Et quels pèlerins!) Vers onze heures, la chaleur était accablante, et M. Kunckel, fatigué par la température, s'endormit à l'ombre de quelques broussailles. (Notez qu'il était seul, et je me demande comment on a pu savoir qu'il s'était endormi vers onze heures à l'ombre des broussailles. Mais la suite.....)

Il fut probablement réveillé par un vol énorme de sauterelles, qu'on suppose être venu de Challala. (Va pour Challala; une fois qu'on se met à supposer, on n'en saurait trop prendre). Elles s'abattirent précisément en cet endroit, et l'épaisseur de ce nuage

l'inoculation du virus ou après cette inoculation. Les diverses manières dont le sérum de sang de chien est administré aux animaux modifient les résultats, encore trop incertains pour qu'on puisse affirmer l'efficacité de ces injections comme moyen thérapeutique, mais assez encourageants pour qu'on ait pu les transporter de l'animal à l'homme. C'est là le point le plus intéressant de ces études, que nous ne connaîtrons que dans quelque temps. — L.-H. P.

Congrès d'ophthalmologie (1).

Affections conjonctivales de cause endogène. — Sous le nom générique d'eczéma, M. Chibret comprend toutes les affections diverses de la conjonctive, qui sont provoquées ou entretenues par un état diathésique de ralentissement de la nutrition : Impétigo, pustules, phlyctènes.

Elles viennent primitivement ou, souvent, se produisent sur une affection virulente de la conjonctivite, qu'elles prolongent en semblant la continuer. L'eczéma engendre quelquefois la chronicité de ces affections.

La bactériologie est muette sur la question de l'eczéma. Les dermatologistes l'envisagent comme reconnaissant pour cause un trouble fonctionnel des nerfs périphériques. Comment peut survenir cette modification nerveuse ?

On sait que la base du traitement de l'eczéma consiste dans des évacuations spoliant la circulation de la veine porte en même temps que la sécrétion biliaire. On sait, d'un autre côté, qu'un symptôme très fréquent de l'ictère consiste dans l'apparition de démangeaisons (prurit, urticaire, lichen) qui disparaissent généralement avec l'ictère. Ainsi, l'évacuation de la sécrétion biliaire ou intestinale améliore l'eczéma, sa rétention le produit. Il est logique de conclure que l'eczéma est une névrite périphérique résultant d'une auto-intoxication de source hépatique ou intestinale.

Ne serait-ce pas l'un des nombreux microbes qui peuplent le tube digestif qui provoquerait par sa sécrétion les troubles nerveux nécessaires à l'apparition de l'eczéma, alors que le foie oublierait de remplir son rôle d'arrêt vis-à-vis des poisons? L'action efficace

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 12, 14 et 21 mai 1891.

était telle que M. Kunckel fut complètement submergé sous les flots pressés des acridiens. (Tel Pharaon poursuivant Moïse fut submergé sous les flots de la Mer Rouge.)

Le malheureux savant se releva et lutta désespérément contre ces innombrables ennemis; mais la pluie de sauterelles continuait avec une intensité incroyable; le ciel était complètement obscurci. M. Kunckel, pour échapper au danger, fit flamber, mais sans succès, les broussailles qui l'avaient abrité. Ses appels désespérés ne pouvaient être entendus. En vain, l'infortuné piétina des milliers de sauterelles; bientôt littéralement étouffé, il perdait connaissance et tombait. Ce fut une mort épouvantable! (Mais pas du tout, chroniqueur de quatre sous; puisqu'il avait perdu connaissance, il n'a rien senti.)

Vers trois heures de l'après-midi, les sauterelles reprirent leur vol, et des Khammès (je suppose que les habitants du pays s'appellent comme ça) venant constater les dégâts trouvèrent la victime morte asphyxiée, couchée sur un monticule d'acridiens, véritable mausolée. Détail affreux : dans leur voracité, les sauterelles avaient dévoré la barbe, les cheveux et la cravate d'alfa du mort.

Puis vient l'énumération des travaux scientifiques du défunt. Un véritable article nécrologique, quoi!

M. Kunckel d'Herculais était né à Paris en 1843; il fit ses études à l'Ecole des mines (notez que mon journal a imprimé Ecole *de* mines, le misérable!) et se consacra complètement à l'étude des sciences naturelles sous le professeur Emile Blanchard. Il entra au Muséum d'histoire naturelle et fut nommé répétiteur de zoologie à l'Institut agrono-

du salicylate de soude et du sulfate de quinine, deux antiseptiques dans l'arthritisme, affection congénère de l'eczéma, viendraient à l'appui de cette opinion.

M. Panas croit que l'on doit tenir le plus grand compte du terrain dans la pathogénie des maladies infectieuses. Pourquoi la conjonctive des animaux est-elle réfractaire aux inoculations? Pourquoi celle de l'homme a-t-elle une réceptivité variable suivant les âges? Chez les nouveaux-nés, il y a des ophthalmies purulentes. Dans l'une, qui est grave, se trouve le gonocoque; dans l'autre, qui est légère, on peut isoler un bacille spécial étudié par Weeks. Peut-être y a-t-il une conjonctivite blennorrhagique par infection interne.

M. Boucheron a trouvé que chez certains sujets l'épithélium caliciforme de la conjonctive était plus répandu que chez d'autres. Cela expliquerait les prédispositions.

M. Coppez regarde la conjonctivite granuleuse et la conjonctivite phlycténulaire comme les modalités d'un même processus. Les conjonctivites membraneuse et diphthéritique sont identiques, mais les conjonctivites catarrhale et purulente sont différentes.

M. Parinaud a vu une ophthalmie blennorrhagique grave se développer sans contact direct.

M. Motais a observé un fait de conjonctivite tuberculeuse primitive.

M. Sulzer signale l'attouchement du bord des paupières avec un crayon contenant 70 p. 100 de sulfure d'antimoine comme traitement préventif du trachome.

M. Pflueger s'est bien trouvé du trichlorure d'iode dans la conjonctivite diphthéritique.

Suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. — M. Suarez de Mendoza accorde de grands avantages à la suture qui empêche l'enclavement de l'iris et rend au bout de deux heures les lèvres de la plaie assez solides pour que l'on puisse ouvrir les paupières ou instiller des mydriatiques, s'il y a lieu. On doit placer le fil avant l'ouverture de la chambre antérieure. Post-opératoire, la suture est douloureuse; elle n'est à conseiller que comme moyen d'exception applicable seulement lorsqu'en présence d'un œil à moitié vidé, on se décidera à chloroformer le malade et à risquer le passage des aiguilles dans un œil flasque pour obtenir au moins un beau moignon, en évitant par la suture de laisser une porte ouverte à l'infection.

Pour M. Gillet de Grandmont la suture ne doit être qu'une manœuvre d'exception.

---

mique. Son ouvrage : *Recherches sur l'organisation et le développement des volucelles*, lui valut, en 1875, le grand prix des sciences physiques décerné par l'Académie des sciences.

M. Kunckel a publié de nombreux travaux sur l'anatomie des insectes. En 1888, le gouvernement le chargea d'une mission en Algérie pour y étudier les dégats des acridiens. Il a publié les résultats de ses études dans la *Nature* et l'*Algérie agricole*. C'est en poursuivant ces recherches que le savant a trouvé la mort.

Cette nouvelle tomba sur le Muséum comme une des bombes que les Prussiens s'amusaient à y lancer en 1871, toutefois sans y produire de dégâts matériels. Les nombreux amis de M. Kunckel télégraphièrent en Algérie pour savoir si cette nouvelle, assez invraisemblable au premier abord, était vraie. En attendant la réponse, un de mes bons amis, rédacteur nécrologique d'un journal de médecine de Paris, s'empressa d'écrire l'article habituel sur M. Kunckel et de l'envoyer à l'impression. Alors arriva d'Alger la nouvelle dépêche suivante :

La nouvelle de la mort de M. Kunckel d'Herculais, donnée par quelques journaux de France, résulte d'un article humoristique publié par un journal d'Alger et pris au sérieux par l'auteur du télégramme.

Et voilà comment tout le Paris savant a été mis en émoi pendant quarante-huit heures. Mon ami s'est hâté d'envoyer à l'imprimerie un télégramme pour prévenir que Kunckel n'était pas encore mort. Mais l'article était composé et..... il a failli paraître.

C'est égal, voilà un canard algérien qui avait d'aussi bonnes ailes que le fameux *canard à la tartare*, de sébastopolienne mémoire.

Nouveau procédé opératoire pour la cataracte secondaire. — M. de Wecker : La discision n'est ni inoffensive, ni sûre. On peut la remplacer par l'opération suivante : On pénètre, dans le cas où une extraction simple a été faite antérieurement, avec le couteau à arrêt, au milieu du rayon vertical supérieur, mais si c'est à l'extraction combinée que l'on avait eu préalablement recours, le couteau est plongé dans l'ancienne cicatrice. L'étendue de la plaie cornéenne ne doit pas dépasser quatre millimètres et le couteau est retiré rapidement pour conserver l'humeur aqueuse. On introduit alors les pinces kystitomes de façon à ce qu'au moment de l'écoulement de l'humeur aqueuse on atteigne le bord opposé de la pupille qui a été soumise préalablement à l'action répétée de l'atropine et de la cocaïne. A ce moment, la cataracte secondaire se jette sur la pince, avec laquelle on saisit une étendue aussi large que l'écartement des branches des pinces et le diamètre de la pupille dilatée le permettent. Ce lambeau est arraché avec une très grande facilité, car ces cataractes se trouvent généralement tendues et sont d'une plus grande solidité que la cristalloïde normale. Si, au moment de ramener hors de la plaie le lambeau compris dans la pince, on voit que la capsule obéit en totalité à la traction, l'assistant se tient prêt à donner un coup de pinces-ciseaux au ras de la plaie cornéenne afin de s'opposer à une extraction inutile du reste de la capsule et aussi dans le but d'éviter toute traction qui pourrait s'en suivre sur les parties environnantes. Après désinfection de la plaie, le bandeau est porté pendant deux jours comme on le fait par une simple discision. C'est avec une parfaite assurance qu'on peut substituer à la simple discision cette opération, qui s'impose d'ailleurs, lorsque la discision a déjà été pratiquée sans avantage pour la vision.

M. Panas fait l'extraction des cataractes secondaires de la manière suivante : Une incision de la cornée est pratiquée avec la lance généralement au milieu de la cicatrice; puis, avec une pince à iris, on saisit la membrane de telle façon qu'une branche de la pince soit en dessus d'elle, et l'autre branche, l'ayant perforée, au-dessous. La membrane, attirée légèrement, vient souvent de suite, ce qui permet de tout extraire d'un coup. Parfois, au contraire, elle résiste, la partie centrale s'arrache et il reste une brèche ronde. Quelquefois l'adhérence est trop forte pour l'extraction totale et la capsule trop épaisse pour se déchirer; alors on doit faire l'irido-capsulotomie.

M. Meyer, lorsque la membranule n'est pas adhérente, préconise l'emploi du crochet de Arlt que l'on enroule de manière à ce qu'elle se détache toute seule.

Traitement des ulcères de la cornée par l'acide phénique pur cristallisé. — M. Suarez de

---

*
* *

Vous savez que les microbes sont de plus en plus accusés de tous les méfaits possibles et imaginables. Voici maintenant qu'ils s'attaquent aux bijoux en or! Mon regretté beau-père, homme d'une grande expérience, disait souvent que les bijoux étaient faits pour être perdus, quand ils n'étaient pas indiscrets; mais il n'eût jamais supposé qu'ils pussent se perdre par action microbienne.

Il semble difficile *a priori* d'admettre que l'or puisse constituer un terrain favorable au développement de certains micro-organismes et cependant la chose est possible, ainsi qu'il résulte d'une note publiée par M. Calderon dans le *Bulletin de la Société clinique* du 5 janvier 1891.

MM. Hartmann et Michel, bijoutiers à Madrid, observaient, depuis un certain temps, que les bijoux *or mat*, qu'ils recevaient de France et d'Allemagne, perdaient très rapidement leur éclat et se couvraient spontanément de taches rougeâtres ou noirâtres qui résistaient au nettoyage. Rien de pareil ne se produisait sur les bijoux en *or poli*.

On soupçonna d'abord la ouate et le papier de soie servant à envelopper les bijoux; on les changea, et l'altération se produisit encore. On employa d'ancienne ouate ayant servi à envelopper pendant longtemps des bijoux mats, sans que ceux-ci se fussent tachés, le résultat fut le même.

C'est alors que M. Calderon fut appelé à rechercher les causes de cet étrange phénomène.

Mendoza préconise l'emploi de l'acide phénique pur déliquescent dans les ulcérations de la cornée. Quand la maladie est traitée dès le début, une seule application suffit.

BIBLIOTHÈQUE

Des traitements des déviations de la taille (*Leçons d'orthopédie*), par le docteur J.-B. Reynier. — Paris, G. Masson, 1889.

L'auteur s'est efforcé de démontrer que l'on peut soigner les déviations de la taille sans aucun appareil, tout en reconnaissant que les appareils et la mise en scène ont plus d'influence sur l'esprit du malade et lui inspirent souvent une aveugle confiance, il a constamment poursuivi un but opposé dans l'intérêt des malades eux-mêmes, en s'efforçant, par la simplification des choses (simplification qui coïncide d'ailleurs avec une plus grande efficacité), de mettre les nouveaux moyens à la portée de tous. La variété, la facilité d'exécution, le côté amusant de la plupart de ces moyens de redressement, ainsi que la transformation de la plupart des attitudes scolaires ou professionnelles en attitudes orthopédiques donnent à ce traitement non seulement l'efficacité d'une lutte permanente, mais encore l'attrait d'un amusement et sont ainsi une garantie de leur parfaite exécution, chose capitale, si l'on considère que l'inconvénient des anciens traitements était soit une sorte de torture par les lits extenseurs, les corsets compliqués, etc., ou bien, comme dans la gymnothérapie rachidienne suédo-allemande, la rareté, la difficulté des mouvements et attitudes préconisés et surtout la monotonie, l'ennui et la négligence qui en résultaient.

Simplifier et mettre le traitement à la portée de tous, tel a été le but de l'auteur.

P. Ch.

L'hypnotisme, ses rapports avec le droit et la thérapeutique, la suggestion mentale, par Albert Bonjean. — Paris, F. Alcan.

M. Bonjean, avocat du barreau de Verviers (Belgique), consacre un livre à l'étude si intéressante de l'hypnotisme et de la suggestion mentale dans leurs rapports avec le droit et la thérapeutique. L'auteur a lu, médité et contrôlé tout ce qui a été fait avant lui, et rapporte en outre beaucoup d'expériences nouvelles et personnelles. Il cite les témoins,

---

Tout d'abord, M. Calderon constata que les bijoux étaient bien en or, au titre légal. Puis il rechercha si les surfaces mates conservaient les traces de quelque vernis ou de quelque sel ayant pu servir à rehausser l'éclat de la dorure. L'examen le plus attentif ne lui permit pas de rencontrer la moindre trace d'aucune substance étrangère.

En examinant les taches à la loupe, il remarqua qu'en certains endroits elles se dessinaient nettement, et, qu'en d'autres, elles fondaient d'une manière presque insensible. L'examen au microscope ne fournit aucun résultat.

Ayant constaté que le papier de soie et la ouate employés à l'emballage des bijoux étaient de première qualité, M. Calderon songea à soumettre la ouate à l'examen microscopique; il découvrit alors de petits points rougeâtres rappelant la forme de certaines spores. Ce fait lui fit immédiatement supposer qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une apparition de micro-organismes se développant sur la surface rugueuse de l'or mat et produisant des taches par leurs qualités de chromogènes.

Pour vérifier cette conjecture, M. Calderon divisa en deux lots les bijoux que lui avait remis MM. Hartmann et Michel; les bijoux du premier lot, enveloppés de ouate, furent portés à une température de 130°, tandis que ceux du deuxième lot furent abandonnés à eux-mêmes. Au bout de quinze jours, les bijoux non stérilisés étaient tachés, tandis que les autres ne portaient aucune tache.

Ces preuves n'ayant pas encore paru suffisantes à M. Calderon pour l'autoriser à conclure à la présence des micro-organismes, il essaya de faire des inoculations au moyen des bijoux eux-mêmes; cette tentative ayant été infructueuse, il fit des cultures

les lieux, les dates, les personnes, et le lecteur ne peut mettre en doute sa sincérité, ni sa prudence d'expérimentateur.

Sur le magnétisme et le droit, l'avocat devait avoir une opinion raisonnée et appuyée sur sa compétence spéciale ; il se range à l'avis du professeur Liégeois (de Nancy) qui, l'un des premiers, a signalé le danger de la pratique des suggestions magnétiques dans la vie ordinaire. M. Bonjean est tellement convaincu de ces dangers qu'il croit nécessaire d'ouvrir dans les Universités des cours où des médecins et des jurisconsultes seront initiés aux découvertes faites depuis peu dans ce mystérieux domaine. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Angine et pleurésie purulente à streptocoques. — Pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth.*

M. Hanot : M. Rendu disait, dans la dernière séance, que la plupart des angines aiguës sont d'origine microbienne. Mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour en établir une nouvelle classification. Il est donc important, pour arriver à ce but, de réunir tous les faits analogues. C'est pourquoi M. Hanot vient présenter une observation d'angine à streptocoques, ayant offert des signes d'une infection profonde et ayant entraîné de graves complications.

Voici, en résumé, cette observation : Une jeune fille de 19 ans entre à l'hôpital le 7 mars dernier. Rien dans les antécédents ; elle était à Paris depuis cinq mois. Douze jours avant, elle avait été prise d'un fort mal de gorge avec fièvre, courbature, anorexie, puis d'un violent point de côté dans la nuit du 3 au 4 mars.

A son entrée à l'hôpital, la malade est dans une prostration presque complète ; elle répond à peine aux questions. Sa langue est tremblotante, rouge à la pointe et sur les bords. La muqueuse pharyngée présente une teinte rouge uniforme ; les amygdales ne semblent pas augmentées de volume ; pas de fausses membranes, pas d'adénopathie cervicale ni sous-maxillaire. Pas d'épistaxis ni de vomissements. Le foie déborde un peu les fausses côtes ; l'urine contient une légère quantité d'albumine. La dyspnée est vive

---

avec des poussières prises dans la maison Hartmann et avec les points rougeâtres récoltés sur la ouate.

Les cultures ainsi obtenues, ainsi que celles qu'il prépara sur des pommes de terre, lui permirent de constater que les poussières de la maison Hartmann et la ouate contenaient des spores d'*aspergillus niger* et de *micrococcus cinnabareus*. Dans ces cultures, il a été facile d'obtenir des préparations dans lesquelles ces micro-organismes ont pu être parfaitement classifiés. C'est à l'*aspergillus niger* que doivent être attribuées les taches brunes et au *micrococcus cinnabareus* que sont dues les taches rouges observées sur les bijoux.

Il restait à expliquer pourquoi ces micro-organismes avaient fait irruption chez MM. Hartmann et Michel plutôt que chez les autres bijoutiers de la ville. M. Calderon pense que cette explication se trouve dans l'emplacement qu'occupe la maison Hartmann, en plein midi, sur une immense place ornée d'un grand bassin toujours plein ; ce sont là, en effet, des conditions favorables au développement des germes atmosphériques, qui se développent dans les ouates et dans les fines rugosités de la surface des bijoux en or mat.

***

Ce n'est pas d'aujourd'hui que nous savons qu'il n'y a rien de nouveau sous le Soleil, pas même le mot *sychnurie*, dont j'ai parlé dans ma dernière *Causerie*. Qui a inventé ce

et l'on trouve à droite, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, les signes d'un épanchement. Le pouls est à 90, la température aux environs de 38°. Rien au cœur. L'état général est très mauvais; on porte le diagnostic de pleurésie infectieuse d'origine pharyngée.

Le 11 mars, on fait une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide louche, floconneux, dans lequel on trouve une grande quantité de streptocoques. Une ponction évacuatrice retire ensuite 300 grammes de ce liquide.

Le 21, l'état général ne s'est pas modifié. Le pouls est à 128, la température à 39 ; l'épanchement s'est reproduit. Une nouvelle ponction permet de retirer 500 grammes de liquide purulent.

Le 25, on pratique l'empyème qui donne 1 litre de pus. Lavage avec une solution de chlorure de zinc à 2 p. 100 et une solution boriquée à 4 p. 100. Drainage, pansement antiseptique. La température, qui était de 39°,4 le matin, monte à 40°,2 le soir. L'état général ne s'est pas amélioré.

Le 26, nouveau lavage. La température reste toujours à 40° et le pouls à 150.

Pendant les jours suivants, aucune modification ne se produit. La faiblesse devient extrême; la malade reste immobile dans son lit; son teint est blafard; elle présente au maximum le cachet de l'infection. Le pus s'écoule en assez grande quantité par la plaie thoracique. Mort le 24 avril.

A l'autopsie, on trouve dans les amygdales, dont le volume est presque normal, de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Le tissu cellulaire rétro-pharyngo-œsophagien est le siège d'une fusée purulente de 1 centimètre et demi de large, assez mince, qui, à sa partie inférieure, se porte vers le sommet pulmonaire droit et décolle la plèvre pariétale. Ce foyer méta-pleural descend jusqu'au niveau du tiers inférieur et là communique avec la cavité pleurale; celle-ci est tapissée de fausses membranes grisâtres. Le poumon droit est congestionné dans sa partie supérieure et atélectasié dans son tiers inférieur; le poumon gauche est congestionné dans toute sa hauteur.

Le pus des abcès amygdaliens contient des streptocoques très abondants. C'est le même microbe que l'on retrouve dans le pus du tissu rétro-pharyngo-œsophagien et dans le pus pleural.

Ce cas est donc bien net. Les abcès amygdaliens ont déterminé la formation d'une fusée purulente, puis d'un foyer péripleural, puis d'une pleurésie purulente. Le point de départ a été une angine à streptocoques.

---

mot? M. Corlieu ne l'ayant pas dit, on a pu supposer que c'était lui; aussi M. Moreau Wolff a-t-il cru devoir en réclamer la paternité. Mes causeries étant écrites sans aucune prétention, le plus souvent au courant de la plume, je me suis borné à enregistrer l'opinion de nos deux confrères, sans rechercher s'ils avaient plus l'un que l'autre le droit de s'attribuer cette paternité.

Un troisième confrère, des plus aimables et plus au courant que moi de la question, a bien voulu me faire savoir que le mot sychnurie avait depuis longtemps droit de cité dans le langage médical. Et, en effet, il se trouve dans le *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, de MM. Dechambre, Lereboullet et Mathias Duval. Ce mot, dit l'auteur de l'article, M. Lereboullet, est plus correct et plus conforme à l'étymologie que le mot pollakiurie. Il a été formé par M. Egger et par son gendre M. Lereboullet, de qui je tiens ce détail. Formé ou plutôt *reformé*, car le savant directeur de la *Gazette hebdomadaire* m'a appris qu'après avoir écrit cet article (c'était en 1883) il avait fait faire quelques recherches et qu'il s'était aperçu que le mot sychnurie était déjà anciennement connu.

Il n'avait pas loin à aller pour cela, car il avait trouvé dans la *Gazette hebdomadaire* elle-même, numéro du 4 mai 1883, page 311, une courte note insérée par le regretté Dechambre, qui nous signale un nouveau créateur de ce mot, M. le professeur Laboulbène.

« Mais, ajoute Dechambre, ce mot nous avait déjà été indiqué, et il est inscrit depuis assez longtemps dans le vocabulaire manuscrit du *Dictionnaire encyclopédique.* Nous

Ces faits d'angine à streptocoques ne sont pas d'ailleurs absolument rares. M. Cornil, en effet, a déjà signalé la présence des streptocoques dans le pus des abcès amygdaliens. De plus, il existe une observation fort analogue à celle de M. Hanot et qui est due à Fraenckel.

— M. FERNET : L'étiologie des pleurésies séro-fibrineuses est pleine de lacunes et d'incertitudes. On n'invoque plus aujourd'hui le froid que comme cause adjuvante ; la cause réelle est une infection tantôt provenant d'un organe voisin, tantôt se manifestant primitivement dans la cavité pleurale ; c'est ainsi qu'on a étudié des pleurésies tuberculeuses, rhumatismales, etc. La pleurésie séro-fibrineuse de nature tuberculeuse est très fréquente, plus fréquente même que toutes les autres réunies.

Les recherches récentes de M. Netter, confirmant les travaux de Landouzy, Chauffard et Gombault, Kelsch et Vaillard, ont démontré que 70 p. 100 des pleurésies que la clinique rangeait dans les pleurésies simples sont des pleurésies tuberculeuses.

Mais quelle est la nature des autres? Les travaux antérieurs et les recherches bactériologiques n'ont pas été assez nombreux pour éclairer cette question. M. Talamon, ayant examiné par le procédé des cultures le liquide de 17 pleurésies séro-fibrineuses, a trouvé que ce liquide renfermait 2 fois le pneumocoque, et 1 fois le streptocoque ; 7 autres fois c'étaient des organismes divers inoffensifs. M. Talamon concluait donc à l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse à pneumocoque et d'une pleurésie séro-fibrineuse à streptocoque.

La clinique, de son côté, montre de grandes différences entre les pleurésies, suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, suivant la réaction fébrile, suivant que le liquide épanché est plus ou moins fibrineux, plus ou moins séreux, suivant la durée de la maladie, etc. Mais l'interprétation de ces différents caractères au point de vue de la nature et du pronostic des pleurésies séro-fibrineuses reste incertaine, et il en sera ainsi tant qu'on n'aura pas constitué des espèces distinctes dans ce groupe complexe des pleurésies séro-fibrineuses.

M. Fernet s'est donc demandé s'il n'y avait pas lieu d'admettre une pleurésie typhoïde, directement causée par le bacille d'Eberth.

Aucun auteur n'a jusqu'ici signalé la possibilité d'une telle manifestation de la fièvre typhoïde. Les pleurésies qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde sont ordinairement des complications de lésions pulmonaires, la broncho-pneumonie par exemple. Certains faits de MM. Rendu, Raymond, Charrin et Roger ont bien établi l'existence

---

croyons savoir, du reste, sans pouvoir fournir en ce moment d'indication précise, que le mot existe déjà dans la littérature médicale..... »

Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, art. SYCHNURIE, Dechambre précise, en disant que M. Moreau-Wolf a publié en 1880 un mémoire intitulé : *Sychnurie*..... Donc, jusqu'à présent, c'est à M. Moreau-Wolf que doit revenir la paternité. A qui le tour maintenant?

SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DU VERTIGE AUDITIF. — H. Leroux.

Le vertige *ab aure læsa* réclame une série de traitements locaux, selon l'affection causale : douches de Politzer, ténotomie du muscle tenseur du tympan, excision des polypes, pointes de feu dans la région mastoïdienne. — Le professeur Charcot prescrit le sulfate de quinine, que l'on administre pendant huit à dix jours, à la dose quotidienne de 60 à 80 centigrammes, sous forme de pilules de 10 centigrammes, prises à intervalles égaux, sans tenir compte de l'exaspération des phénomènes auriculaires. En effet, l'ingestion du sulfate de quinine ajoute habituellement les bruits quiniques aux bruits subjectifs qu'il s'agissait de faire disparaître. L'état vertigineux augmente parfois lui-même. Dans ce cas, on cesse momentanément l'emploi du sulfate de quinine; il se produit une rapide amélioration; puis on recommence. Cette reprise du traitement occasionne une exacerbation moindre. Après la deuxième suspension, l'amélioration est plus sensible, et ainsi de suite, jusqu'à guérison complète. — N. G.

d'une espèce de pleurésie causée par le bacille d'Eberth, mais il s'agit de pleurésies purulentes ou hémorrhagiques. Or, y a-t-il des pleurésies séro-fibrineuses de même origine?

Dans une communication antérieure sur le traitement de certaines pleurésies infectieuses par les injections intra-pleurales, M. Fernet s'était demandé si quelques-unes de ces pleurésies séro-fibrineuses n'étaient pas comparables à ces formes de fièvre typhoïde connues sous le nom de pneumo-typhus, et si le terme de *pleuro-typhus* ne leur serait pas applicable; mais, dans les trois faits rapportés, l'examen bactériologique n'avait donné que des résultats négatifs. Dans deux autres cas du même genre, rencontrés depuis, l'examen microscopique ne fut pas fait. Mais, dans un nouveau cas plus récent, considéré par ses allures cliniques comme de nature typhoïde, l'examen bactériologique du liquide, pratiqué par M. Girode, a révélé la présence du bacille d'Eberth.

Quand le malade entra à l'hôpital, la fièvre typhoïde paraissait être arrivée au quinzième jour; il n'y avait pas de taches rosées, mais on sait que souvent il n'y en a plus à ce moment. En outre, les premiers symptômes de pleurésie remontaient à deux mois. On pourrait donc se demander si le bacille d'Eberth n'est pas venu, au cours d'une fièvre typhoïde, pulluler dans un foyer de pleurésie dont il n'aurait pas été la cause originelle. Mais, d'autre part, les autres faits de pleurésie typhoïde observés par M. Fernet avaient présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration absolument analogues à celles du cas actuel, c'était la même marche lente et irrégulière. L'interprétation la plus plausible est donc d'admettre que la pleurésie a été ici une manifestation de la fièvre typhoïde, antécédente à l'atteinte de fièvre typhoïde vraie.

On ne peut, d'un seul fait, tirer des conclusions fermes; mais si des cas semblables se joignaient à celui-ci on pourrait peut-être admettre une espèce particulière de pleurésie séro-fibrineuse, la pleurésie typhoïdique.

M. Rendu : Dans la fièvre typhoïde franche il est extrêmement rare de voir se développer une pleurésie séro-fibrineuse; elles sont probablement toutes consécutives à des manifestations pulmonaires.

M. Fernet : Les pleurésies séro-fibrineuses ne sont pas aussi rares qu'on le croit, au cours de la fièvre typhoïde. Mais l'épanchement est souvent peu abondant et on en attribue tous les signes à la congestion pulmonaire, quand ces signes ne passent pas inaperçus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mai 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit, outre les journaux et revues habituels, une circulaire du ministre de l'instruction publique, annonçant que la séance d'ouverture du Congrès des Sociétés savantes aura lieu le 22 mai et non le 19;

Une circulaire annonçant que le Congrès pour les *études de la tuberculose* s'ouvrira le 27 juillet, et demandant à la Société de s'y faire représenter.

— M. Le Secrétaire général dépose sur le bureau le *Bulletin de la Société* pour l'année 1890. — Il propose à la Société de contribuer à la souscription ouverte pour élever à Baillarger un buste à la Salpêtrière : La Société vote à cet effet une somme de 50 francs.

— M. Le Président donne lecture de l'allocution qu'il a prononcée sur la tombe de Thevenot :

Au nom de la Société de médecine de Paris, dont il était membre titulaire, je viens dire à Thevenot le dernier adieu, je viens lui rendre un suprême hommage :

Elève brillant de l'Ecole de Paris, ancien interne des hôpitaux, Thevenot, à peine reçu docteur, alla professer et enseigner la médecine dans la capitale du Chili. Il porta sur cette terre lointaine, et il y fit admirer les qualités maîtresses des Français : La clarté dans l'exposition des doctrines, le bon sens dans l'appréciation des faits.

Après dix ans d'un labeur récompensé par le succès, et malgré les avantages de toute

sorte attachés à une grande situation médicale noblement conquise, Thevenot rentrait en France et s'installait définitivement à Paris, pour y continuer la vie professionnelle, à laquelle l'attachaient son caractère et ses aptitudes.

Reçu membre de notre Compagnie en 1879, il devint aussitôt un de nos collaborateurs les plus assidus et les plus actifs. Non seulement dans nos discussions, mais aussi dans des mémoires originaux, qui sont de véritables monographies, il sut montrer la netteté de son esprit et la rectitude de son jugement.

Je ne ferai pas ici l'énumération de ses travaux. L'œuvre de notre regretté collègue sera jugée à l'heure voulue et par qui de droit.

Je dirai seulement, et cela hautement : C'est avec des praticiens comme Thevenot que les traditions de la saine et vraie clinique se conservent, que ses bases s'élargissent ou se renouvellent sans rien perdre de leur solidité; c'est avec des hommes de sa trempe que la dignité du médecin reste inséparable de son savoir et de son autorité.

Thevenot meurt jeune encore, dans le plein rayonnement de son intelligence et de son activité. Terrassé par la maladie, il n'a pas achevé sa tâche; mais il a fait assez pour ne pas être oublié. Les noms retentissants ne sont pas les seuls qui aient le privilège de marquer dans notre science; chez nous comme ailleurs la trace du pionnier est souvent plus durable que celle du conquérant.

Le nom de Thevenot est gravé dans nos Annales en traits ineffaçables : Il signifie travail et probité! Honneur à lui!

— M. Trousseau : J'ai l'honneur d'offrir à la Société un travail intitulé : *Un cas d'ophthalmie sympathique malgré la résection du nerf optique.* Il s'agit d'une intéressante observation touchant un sujet très discuté au sein des Sociétés spéciales. La simple résection du nerf optique peut-elle remplacer l'énucléation dans le but de prévenir ou de guérir l'ophthalmie sympathique, permettant de conserver l'œil capable? Mon cas juge la question en dernier ressort. J'ai opéré de résection du nerf optique de l'œil gauche un sujet chez lequel *je craignais* à droite de la sympathie. Malgré la résection, les accidents sympathiques ont éclaté deux mois après la guérison et, fait capital, ils ont guéri par l'énucléation. Donc, l'énucléation reste l'opération de choix, la seule qui soit certaine au point de vue de la prévention et de la cure de l'ophthalmie sympathique.

— M. Duroziez communique une note sur la *dilatation de l'artère pulmonaire.* (Sera publiée.)

— M. Graux lit une observation de *gravelle phosphatique du rein gauche coïncidant avec de la gravelle urique du rein droit.* (Sera publiée.)

M. Dubuc : A-t-on fait l'analyse des graviers blancs dont M. Graux nous montre un échantillon?

M. Graux : L'analyse des graviers blancs a été faite; ils sont bien composés de phosphates. Je regrette de ne pas les avoir pour les montrer à la Société, mais ils sont dans ma collection à Contrexéville, et je pourrai vous les faire voir à mon retour.

Quant au gravier dont M. Dubuc me soumet les débris, il est difficile d'en dire à première vue la composition exacte. Toutefois, il semble évident qu'ils doivent être, en grande partie, constitués par des phosphates. Quelle que soit, d'ailleurs, l'analyse chimique, c'est bien ce qu'on entend par gravelle secondaire ou gravelle blanche ou gravelle phosphatique.

M. Dubuc : C'est que précisément j'ai eu occasion de faire, dans le service de M. Polaillon, une opération de pierre, et j'avais extrait, en une séance, 62 grammes de calculs, que je croyais être du calcul phosphatique. C'étaient, en effet, des fragments blancs. Cependant l'analyse a montré que la moitié seulement était composée de phosphate, l'autre moitié était de l'oxalate de chaux.

M. Graux : Ce n'est pas étonnant, on rencontre précisément assez souvent cette association des oxalates et des phosphates dans les gravelles secondaires.

L'apparition des cristaux d'oxalate de chaux dans l'urine est déjà ordinairement le produit d'une fermentation. Et, lorsque les urines sont encore peu altérées, au début,

chez les prostatiques, il est quelquefois assez difficile de distinguer au microscope les cristaux d'oxalate de chaux de certains cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien qui ont des formes très voisines.

D'ailleurs l'observation montre que souvent la gravelle oxalique précède la gravelle phosphatique dans les pyélites.

M. Reliquet : Le cas que nous signale M. Dubuc est fréquent, et cela d'autant plus que le même milieu est favorable à la production des phosphates et des oxalates.

Le fait que M. Graux vient de nous décrire est, au contraire, rare : un rein produit de la gravelle urique, l'autre produit de la gravelle phosphatique et cela dans le même temps.

Evidemment, c'est la pyélo-néphrite localisée dans un rein qui est la cause des phosphates, et il se passe là exactement ce que j'ai décrit dans les cas de stagnations d'urine localisées, soit dans une dilatation de l'uretère, soit dans les cavités entre les colonnes vésicales; peut-être même, chez ce malade, le gravier phosphatique se produit-il dans un coin de la cavité rénale où la stagnation d'urine locale est absolument semblable à celle d'entre les colonnes vésicales.

Je vous montre, Messieurs, les trois stades de ces bourbillons phosphatiques d'entre les colonnes vésicales, provenant d'un même malade : dans le premier tube, vous voyez une masse glaireuse sans noyau calcaire; dans le second, la masse glaireuse contient des phosphates terreux agglomérées, très apparents; dans le troisième tube, vous voyez un calcul gros comme un fort haricot, offrant une face arrondie et convexe et une ratatinée et concave. La face convexe était en contact avec la surface vésicale; le fond de la cavité entre les colonnes. Chez ces sujets à stagnation d'urine localisée sur certains points de la vessie à colonne, on peut voir en même temps des calculs uriques venant des reins.

J'ai observé un fait dans lequel, à partir d'une pyélo-néphrite *a frigore* à gauche contractée à 12 ans, le malade a eu une gravelle phosphatique avec évacuation de mucosités jusqu'à l'âge de 40, — moment où j'ai soigné ce malade. C'est aussi ce qui se passe chez les sujets qui rapportent des pyélo-néphrites des pays chauds; ici, le plus souvent, les phosphates sont éliminés sous la forme de boue plus ou moins liquide de phosphate terreux.

Je vous montre, Messieurs, un gravier singulier formé par des grains ronds de gravelle urique agglomérés dans une gangue de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Le malade, vieux graveleux urique, ayant très chaud à la chasse, se couche sur l'herbe, à l'ombre, et s'y endort.

Le soir, il est pris d'une violente colique néphrétique, avec frisson accompagné de pissement de mucosités filantes. Après des douleurs violentes, il rend ce gravier. Depuis, il n'a pas eu de mucosités dans les urines et il n'a jamais expulsé de gravelles phosphatiques.

Ici, la pyélo-néphrite n'a été que passagère.

Ce malade n'avait jamais été sondé; il n'y a donc pas de doute que le phosphate ammoniaco-magnésien passager a dû se produire là sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse et de la présence du muco-pus.

Ce qui arrive beaucoup plus souvent chez les vieux graveleux, c'est l'alternance de gravelle urique et de gravelle phosphatique sous l'influence des causes en apparence les plus inoffensives. Il y a certains graveleux uriques produisant des gravelles organisées (petits calculs) uriques ou des cristaux rouges très abondants, chez qui des doses très faibles d'alcalin, continuées pendant quelques jours, suffisent pour faire tomber de suite l'acidité de l'urine et la rendre alcaline. Ce fait, je l'ai observé surtout chez les sujets à circulation de retour lente, à état variqueux assez généralisé. Pendant quinze ans, j'ai soigné un monsieur très intelligent; il ne pouvait admettre que l'on ne pût pas le débarrasser d'une gravelle urique persistante qui lui causait de fréquentes coliques néphrétiques. Il était variqueux des pieds à la tête, sa circulation de retour était très lente. Chez lui, la moindre continuité dans l'ingestion des alcalins (0,20 centigrammes de carbonate de lithine en vingt-quatre heures, ou bien un demi-verre d'eau de Vichy matin

et soir pendant huit à quinze jours, et même en moins de temps) suffisait pour lui donner des urines alcalines et la présence des phosphates dans l'urine, quand, avant, il était gêné par les graviers et les cristaux d'acide urique abondants dans ses urines.

Ce malade, je lui ai fait cinq fois la lithotritie en quinze ans : deux fois pour des calculs uriques et trois fois pour des calculs phosphatiques. Quand la vessie était bien débarrassée des phosphates, il ne faisait plus que de la gravelle urique.

Chaque fois, les phosphates ont été provoqués par le traitement de la gravelle urique au moyen des alcalins. Il est vrai que le premier dépôt de phosphates ammoniaco-magnésiens produit, il y avait une persistance de l'alcalinité et une augmentation rapide de la pierre. Chaque fois, j'ai pu débarrasser la vessie de ces pierres blanches et, de suite, la gravelle rouge reparaissait avec l'acidité de l'urine.

Chez ce malade, l'eau distillée aérée a été toujours le moyen agissant le plus sur la gravelle urique.

Chez tous ces sujets susceptibles de faire de la gravelle blanche, il ne faut faire usage des alcalins, même à petite dose, qu'à la condition de surveiller tous les jours le degré d'acidité de l'urine.

Elections. — A l'unanimité des membres présents, sont élus :

Membre titulaire : M. Frémont. — Membres correspondants : MM. Keller, de Reinfelden (Suisse), et Schweiger, de Franzensbad (Autriche-Hongrie).

— La séance est levée à cinq heures et demie.

De quelques nouvelles médications.

Pansement abortif du furoncle. (*Méd. mod.*, 1891).

On lave la région où siège le furoncle avec une solution phéniquée à 1 p. 40; ou bien avec une solution de sublimé à 2/1000e. Cela fait, à l'aide d'un pinceau imbibé d'huile phéniquée, on étend sur le furoncle une poudre composée, à parties égales, d'iodoforme et d'oxyde de zinc. Ce pansement est pratiqué deux fois par jour, et continué jusqu'à disparition complète du furoncle, que l'on n'est pas forcé d'inciser. — P. N.

Graines de kola contre le mal de mer. (*Méd. mod.*, 1891.)

M. Hamilton a eu l'idée de faire mâcher des graines de kola à des personnes ayant le mal de mer. La dose employée fut de 204 grammes. Au bout de quarante minutes environ tous les accidents avaient disparu. L'auteur pense que c'est là un moyen préventif contre le mal de mer. Il est en tout cas facile à essayer. — P. N.

COURRIER

Nous sommes heureux de rassurer les nombreux amis de M. le professeur Combalat. Notre honoré confrère est bien vivant; il est simplement *démissionnaire* de son poste de médecin du lycée de Marseille, et non *décédé*, comme le portait la décision ministérielle nommant son successeur, M. le docteur Fioupe.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Diday.

Traitement abortif de la blennorrhagie.

Messieurs,

Bien que l'un de vos maîtres, M. Mauriac, n'admette pas qu'il puisse y avoir de traitement abortif de la blennorrhagie, je dis, moi, que toute blennorrhagie est abortive en principe. Du reste, toute maladie contagieuse locale est abortive et Rodet a pu faire avorter une chancrelle serpigineuse en la cautérisant au fer rouge.

Si la blennorrhagie est abortive, pourquoi y en a-t-il encore? C'est qu'à côté de la maladie, il y a le malade qui est le plus grand obstacle à la diffusion de la méthode abortive. Rien n'égale la stupidité du blennorrhagien. Lorsque, le deuxième ou le troisième jour après le coït suspect, la maladie commence à se manifester, le malade la regarde comme de si minime importance, qu'il ne vient pas nous consulter. C'est si peu de chose, nous dit-il, que je croyais que ce n'était rien.

D'autres s'abstiennent de nous voir, parce que « la femme n'était pas malade ». Aussi, voici ce que leur disait Ricord : « Monsieur, je vais vous guérir. Lorsque vous serez bien portant, vous n'avez qu'une chose à faire pour éviter toute nouvelle atteinte, c'est d'aller avec une femme malade, puisque les femmes saines vous donnent la chaudepisse. »

L'abortion de la blennorrhagie n'est pas dangereuse. On peut, du reste, disposer les maladies contagieuses dans un certain ordre, suivant les dangers que l'on attribue à l'abortion :

1° Un certain nombre, quoique avortées localement, se généralisent toujours : la syphilis;

2° D'autres, localement avortées, ne se généralisent jamais : la gale;

3° Quelques-unes n'engendrent des accidents que lorsqu'on les a fait avorter : chancrelle (herpès progénital);

4° Enfin, il en est qui n'engendrent des accidents généraux que lorsqu'on ne les a pas fait avorter : la blennorrhagie.

Lorsqu'un malade atteint de blennorrhagie se présente à nous, la première question que nous devons nous poser est celle-ci : sa blennorrhagie est-elle encore capable d'être arrêtée? La date du dernier coït, la date du début des accidents ne peuvent guère nous servir. Les constatations directes ont bien plus d'importance. S'il y a peu d'écoulement, si cet écoulement est

plutôt muqueux que purulent, si les lèvres du méat ne sont que le siège d'une légère rougeur érythémateuse, il est encore temps; si, au contraire, le méat est tuméfié, si une goutte purulente se forme en deux ou trois heures, il est trop tard.

Ces appréciations, trop tôt ou trop tard, n'ont pas une valeur absolue, car il faut aussi faire attention au malade qui doit avoir voix au chapitre. Si vous avez affaire à un mari voyageur qui, dans les cinq jours, veut pouvoir *rentrer*, alors n'hésitez pas et agissez au nom de la paix de son ménage. Si, au contraire, le malade hésite, tergiverse, demande à revenir le lendemain, réclame une promesse formelle, pensez aux ennuis auxquels vous exposerait un échec et renvoyez à sa coupe d'orgeat ce dilettante de la blennorrhagie.

Il me faut ici insister sur un point. Pas de blennorrhagie sans gonocoque, dit-on. Cette proposition commence à avoir fait son temps. En réalité, quand vous trouvez le gonocoque, tenez-vous pour satisfait, mais quand vous ne trouvez que les petites cocci de Bockhart, ne croyez pas devoir vous abstenir. Cette dernière maladie est transmissible de malade à malade, se reproduit facilement et ne disparaît pas aussi vite que Bockhart l'a dit, loin de là. Ne cherchez donc pas un critérium bactériologique de la blennorrhagie, car en médecine légale, depuis les recherches d'Eraud, de Vibert, de Bordas, on y a renoncé. Dès que vous vous trouvez en présence d'un écoulement uréthral, soignez-le. *Si vult curare, de minimis non curet doctor.*

Tous les blennorrhagiques ne viennent pas nous trouver à la même période de leur maladie; tous, par conséquent, n'ont pas besoin de la même dose de force médicatrice. Nous possédons deux moyens pour graduer cette force : injection d'une forte dose restant peu de temps dans le canal; injection d'une faible dose restant longtemps. Comment choisir? Je vais vous dire ce que je préfère. Mais, auparavant, voici deux exemples qui vous montrent que les deux moyens sont curatifs.

Premier exemple : *Forte dose.* — Un homme de 30 ans, trois jours après un coït avec une femme certainement légère (1er quadrille de notre corps de ballet), voit survenir un écoulement. Connaissant par expérience ce qu'il avait, il demande à un pharmacien une solution de nitrate d'argent au dixième qui ne lui est donnée qu'après une vive discussion par le pharmacien. Il se fait une injection, souffre horriblement et la rend après huit ou dix secondes. Après une inflammation consécutive modérée, la guérison est complète.

Deuxième exemple : *Effet du temps.* — Un étudiant en médecine, au début d'une chaudepisse, va voir un de nos confrères, qui constate la présence du gonocoque et lui ordonne trois injections par jour d'une solution de sublimé au dix-millième. Quatre à cinq jours après, il n'y avait plus d'écoulement. Je lui demande alors s'il a bien suivi son traitement et, étonné de l'entendre me répondre qu'il n'a pu se faire qu'une injection, malgré un grand courage, je l'interroge plus à fond. J'apprends alors qu'il avait gardé une injection quarante-cinq minutes, au lieu de quatre à cinq minutes qu'on lui avait dit.

Pour moi, il faut choisir les fortes doses. Le médecin peut agir de suite et proportionner l'action caustique à l'effet à produire. Faire une ordonnance et renvoyer le malade serait agir comme celui qui, voyant un typhique avoir des complications cardiaques, se bornerait à indiquer à l'infirmier la

manière de donner les bains froids sans les surveiller, ces bains froids systématiques qui ont permis tout dernièrement à mon collègue M. Bouveret d'obtenir 97 guérisons sur 100 malades.

Il faut calculer le temps de l'injection d'après la douleur que ressent le malade : *le nitrate interroge et la douleur répond.*

Mais la douleur n'a pas un langage univoque et les malades l'expriment plus ou moins vivement. Dites d'abord au patient que l'injection va le faire souffrir; la façon dont il accueillera votre affirmation vous fera juger comment il est outillé moralement. Toute injection même d'eau froide cause un saisissement pénible; aussi n'est-ce qu'après sept ou huit secondes que vous devez demander au malade s'il souffre. Le plus souvent, il répond affirmativement et se met à se tordre vers la quinzième ou la vingtième seconde; il faut alors laisser sortir le liquide. Plus rarement, l'opéré ne souffre que d'une façon supportable et la douleur cesse rapidement d'augmenter; dans ces cas, l'injection doit être laissée dans l'urèthre jusqu'à deux minutes. Il est bien entendu que vous employez la solution à 5 p. 100.

Il faut que le médecin opère lui-même, car le malade n'a pas confiance en sa propre adresse. Il est, du reste, très heureux de votre décision et, si vous voulez voir sa figure resplendissante, vous le pouvez facilement. Le mot de nitrate d'argent lui fait grand'peur. Avant de déboucher le flacon, remuez-le, puis appliquez sur votre langue le dessous du bouchon ainsi mouillé en faisant une mimique approbative. Le patient est conquis et commence à croire qu'il ne mourra pas de l'injection.

Vous devez introduire, à l'aide de la seringue de verre, 6 à 7 centim. cubes de solution. Il ne faut pas croire que l'urèthre soit comme un tube de verre que l'on nettoie par un simple lavage. Pour tuer l'agent pathogène, il faut aller partout où il existe. L'injection doit d'abord aller assez profondément en longueur, dépasser la fosse naviculaire, qui est la seule région de l'urèthre dans laquelle le malade souffre. Elle doit aussi aller assez profondément en épaisseur, car le microbe pénètre rapidement dans la couche épithéliale. Enfin, il faut qu'elle aille profondément en pénétration, car l'intérieur du canal n'est pas une surface lisse, mais présente des plis, des lacunes, des canaux excréteurs de glandes dans lesquels le liquide doit pénétrer. Pour que ce liquide arrive partout, il faut qu'il distende l'urèthre et que la partie antérieure de ce conduit soit transformée en une cavité close pendant l'injection.

Quand vous voulez désinfecter un appartement avec des vapeurs antiseptiques, vous contentez-vous de fermer la porte qui fait communiquer le vestibule avec les pièces intérieures? Evidemment non, et il est certain que la porte du palier doit être fermée aussi. Or, comment agit le malade qui se fait une injection? Il pince le bout de son gland entre ses doigts et efface, dans l'espace de 1 centimètre 1/2, la cavité du canal dans le point qui aurait le plus besoin d'être en contact avec la solution médicamenteuse, puisque là, comme Bockhart l'a prouvé, les gonocoques émigrent dans les vaisseaux lymphatique et produisent leur thrombose.

En arrière, le sphincter uréthral forme une barrière suffisante pour l'injection. Cependant, comme elle pourrait être franchie si l'on pousse avec énergie, un doigt du malade peut exercer une légère compression qui peut aussi être réalisé par un petit lien de caoutchouc.

Quand le canal est bien remplie et qu'on presse, on facilite la pénétration dans toutes les lacunes, toutes les anfractuosités.

Une fois l'injection faite, on retient le liquide, comme d'habitude, en serrant le gland entre le pouce et l'index gauche. Puis, derrière ces deux doigts, on saisit et l'on presse le canal entre le pouce, d'une part, l'index et le médius droits de l'autre, ce qui refoule le liquide. Les trois doigts droits gardant leur prise, on applique la pulpe du pouce gauche sur le méat.

Le canal est ainsi solidement fermé en avant. Les doigts droits sont alors employés à opérer le refoulement du liquide d'arrière en avant, à deux ou trois reprises, avec force. Le malade crie, mais, rassurez-vous, vous le tenez par le bon bout, et il ne disparaîtra pas.

Il faut terminer par la toilette du méat. Placez la verge verticalement et injectez quelques gouttes de la solution caustique que vous laissez pendant une minute.

Lorsque le liquide est sorti, le malade souffre pendant un petit moment par suite d'une rétraction des parois uréthrales irritées. Puis, au bout d'une heure et demie à deux heures, apparaît un écoulement jaune plus abondant, avec douleur en urinant, causé par la brûlure superficielle du canal; cet écoulement disparaît de lui-même en vingt-quatre heures. Si l'on a échoué dans le traitement, l'écoulement dû à la blennorrhagie peut reparaître au bout de quarante-huit heures. Aussi on peut se demander à ce moment, et le client vous demande aussi, si c'est l'écoulement de la cautérisation qui persiste encore ou si c'est le retour de celui de la chaudepisse. Le plus sage est d'ajourner votre jugement à douze heures, car, dans le premier cas, l'écoulement aura sensiblement diminué, et, dans le second, il se sera accru.

Les insuccès sont possibles, et, bien que mon procédé soit le meilleur, il y aura des récidives par la même raison qu'il y a des blennorrhagies contractées par le coït *ab ore*. Je laisse à votre sagacité le soin de saisir le sens de ce rapprochement.

Il y a des insuccès que l'on peut expliquer parce que le malade avait une blennorrhagie dont les microbes avaient une virulence exceptionnelle. Il est d'autres causes d'échec assez singulières. J'avais échoué chez un étudiant dans des conditions en apparence très favorables; or, l'examinant ultérieurement, je constatai dans l'urèthre, à 4 ou 5 millimètres de profondeur, l'orifice d'un conduit de glande dans lequel je pus introduire 12 à 15 millimètres de bougie. Evidemment l'injection n'avait pu pénétrer aussi profondément.

Certains retours d'écoulement ne sont pas des échecs. Quand vous voulez sulfurer une vigne, il ne faut pas le faire pendant l'hiver, parce qu'à ce moment le parasite dort. De même si vous traitez un malade pour une blennorrhagie contractée quatre jours auparavant, vous pouvez agir sur cette blennorrhagie, mais non pas sur celle qui aura été prise la veille.

La souffrance, après l'injection, n'est plus la même qu'auparavant; il n'y a plus les élancements intermittents des maladies contagieuses. C'est une brûlure continue, gage de guérison, et il faut laisser marcher les choses. Cependant, d'une part, il faut veiller à la résolution; d'autre part, ne pas recommencer si l'on échoue. Quelquefois, après vingt-quatre heures, le malade n'urine que difficilement ou même pas du tout. On recourra aux injections d'huile d'amandes douces, aux bains tièdes, aux cataplasmes de farine de lin autour de la verge, ou on sondera avec une sonde à bout arrondi. Il faudra naturellement éviter le coït et prendre du bromure pour éviter les pollutions nocturnes.

Même quand elle échoue, l'injection abortive supprime toujours l'écoulement pendant vingt-quatre ou trente-six heures. Certains médecins veulent alors recommencer. C'est là une mauvaise idée quand l'on a d'abord opéré avec le maximum de force, car, si l'on a échoué, ce ne peut être que parce que le malade en était déjà à une période trop avancée de son évolution, L'ennemi a trois ou quatre jours de plus de vie et je ne peux espérer réussir avec les mêmes armes.

L'adjonction en ce cas des anti-blennorrhagiques internes, du copahu, est non seulement inutile, mais dangereuse. En effet, la blennorrhagie est alors à l'état aigu, ce qui fait qu'ils échouent. Lorsque plus tard on y aura de nouveau recours, l'accoutumance, résultant d'un essai infructueux, les aura privés de la meilleure part de leur pouvoir curatif.

Donc, lorsque, vers le quatrième jour, on voit reparaître l'écoulement blennorrhagique, il faut se dire que l'on a perdu la partie, et attendre, pour couper la chaudepisse, qu'elle ait muri.

Vous pourrez vous demander, Messieurs, pourquoi tous ces développements à propos d'une maladie contre laquelle les spécifiques abondent. C'est qu'en réalité la blennorrhagie n'est pas à négliger. Vous pouvez redouter les accidents qu'elle entraîne du côté des articulations, des reins, des yeux, et M. Besnier vous a prouvé qu'on en peut mourir. La guérison, au bout de quatre ou cinq semaines, est la règle générale, mais il y a de nombreuses exceptions. On a trouvé son microbe, cependant la blennorrhagie ne guérit pas plus vite qu'autrefois, et, du côté de la thérapeutique, la microbiologie ne nous a encore rien donné, bien que les travaux de Chauveau, de Bouchard, d'Arloing, trois Lyonnais, puissent nous faire tout espérer. Aussi, je dirai aux microbiologistes : si vos immenses, immensément méritoires recherches n'ont, jusqu'ici, dans notre domaine spécial, que la valeur d'un travail préparatoire; si, là où le biologiste s'applaudit d'un progrès, le thérapeutiste cherche en vain un profit... souffrez que, las de vous attendre, j'essaie de vous suppléer en disant ici bien haut, et vous chargeant de répéter à tous ceux que menace la blennorrhagie : « Si vous ne tenez pas à la garder trois mois, ou trois ans, prenez-vous-y de manière à la guérir en trois jours. »

REVUE DES CLINIQUES

Les pseudo-polypes des fosses nasales, par M. le professeur Le Dentu (1). — Ce sont des tumeurs malignes d'espèces diverses. Dans un cas qui fait le sujet de la leçon, la face était déformée du côté droit par une tumeur rose grisâtre, granulée, assez mobile, qui occupait la fosse nasale de ce côté. En introduisant le doigt en crochet derrière le voile du palais, on trouvait une saillie granulée dans l'arrière cavité des fosses nasales; cette saillie empiétait beaucoup du côté gauche. Le malade se plaignait de douleurs en forme de picotements dans la région sous-orbitaire, d'affaiblissement; il présentait des épistaxis répétées. Les ganglions étaint intacts.

M. Le Dentu a eu occasion d'observer onze cas de tumeurs malignes des fosses nasales. Le premier se rapporte à une femme de 75 ans; la cavité crânienne était envahie par perforation de la lame criblée. Le second cas était une récidive, et le troisième était inopérable. Dans le quatrième cas, on porta le diagnostic de sarcome, et, malgré une opération minutieuse, la récidive se fit au bout de six mois. La tumeur, dans le

(1) Résumé d'après la *Tribune médicale*.

cinquième cas, offrait absolument l'apparence d'un polype muqueux, sauf que l'aspect était mat et qu'il n'y avait pas de réfraction de la lumière, c'était un épithélioma cylindrique. Le sixième malade présentait un sarcome diffus de la muqueuse des fosses nasales dans leur partie supérieure sous forme de petites végétations développées à la surface de la muqueuse; on constata la perforation de la lame criblée et l'infection des méninges. Le septième cas récidiva rapidement. Le huitième cas fut observé chez un enfant de 12 à 13 ans; on croyait à un polype muqueux quand la récidive se fit *in situ*; une deuxième opération débarrassa complètement le malade qui avait un cysto-sarcome. Le neuvième malade avait, à la fois, un sarcome du cou et un myxo-sarcome des fosses nasales; il fut opéré il y a huit ans et se porta toujours bien Le dixième cas était un épithélioma pédiculé du cornet inférieur; et, dans le onzième, l'extirpation fut suivie, deux ans après, d'une récidive dans l'épiploon.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut ramener les tumeurs malignes des fosses nasales à plusieurs types.

Il y a d'abord des *adénomes des fosses nasales* (deux cas). Bénignes pendant quelque temps, ces tumeurs peuvent se transformer en tumeurs malignes. Dans un des deux cas, il y eut récidive.

On cite quelques faits où il s'agissait de *sarcome.*

Les *épithéliomes* sont très fréquents. La tumeur appartient au type de l'épithéliome cylindrique; elle se développe aux dépens de l'épithélium de la muqueuse et gagne de là le squelette. Cette variété est bien plus commune que le sarcome.

Les tumeurs malignes peuvent se développer partout, mais surtout sur la paroi interne du sinus maxillaire et la partie supérieure des fosses nasales. Il est rare qu'il s'en implante sur la cloison.

Leurs caractères tranchent absolument avec ceux des polypes muqueux qui sont de coloration gris perle, translucides, réfractent la lumière, excepté lorsqu'ils sont enflammés ou ulcérés, ce qui leur fait prendre une coloration mate. Mais ils ne sont pas granuleux, et, dans le cas de doute, il reste l'examen microscopique.

Les polypes naso-pharyngiens se montrent de 8 à 14 ans; ce sont des tumeurs ordinairement dures, résistantes aux doigts et aux instruments.

On doit naturellement faire des ablations le plus larges possible et réséquer le maxillaire supérieur quand cela est nécessaire.

Des affections cutanées pures ou hybrides déterminées par l'inoculation des agents de suppuration, par M. le professeur H. Leloir (1). — L'impétigo est une affection éminemment contagieuse, inoculable; il est *contagieux* dans tous les cas. Les impétigos résultent de l'inoculation sur la peau tantôt des produits de suppuration quelconques (on peut le voir sous forme de traînées là où il y a eu des traînées suppuratives), tantôt de l'impétigo lui-même, comme c'est souvent le cas. Des considérations analogues sont applicables à l'ecthyma.

Une femme est atteinte d'un panaris à la main droite. Sa petite fille, qu'elle soigne, et dont l'épiderme est excorié par la phthiriase, ne tarde pas à avoir de nombreux furoncles.

On peut conclure de l'étude de ces cas, qu'il faut :

a) Eviter le contact des individus ayant une suppuration quelconque de la peau;

b) Isoler ces foyers de suppuration au moyen de pansements empêchant la dissémination des agents de contamination;

c) Stériliser les pustules au moyen de préparations renfermant des substances parasiticides : acide borique, salol, acide salicylique, emplâtre de Vigo cum mercurio, etc.

Un malade de M. Leloir, atteint d'eczéma de la barbe, a vu cet eczéma se transformer en un eczéma impétigineux. Cet homme a l'habitude de se gratter, et, après avoir porté ses ongles sur son eczéma impétiginisé, il s'est transporté des coccus de la suppuration au niveau des creux axillaires et sur la région environnante. Ces coccus, pénétrant dans le derme, ont amené la production de furoncles et d'hydro-adénites phlegmoneuses.

(1) Résumé d'après la *Médecine moderne*.

Un autre accident d'inoculation ou d'auto-inoculation est la tourniole; des sujets ayant d'abord de l'ecthyma du tronc sont ensuite atteints de tourniole sur un ou plusieurs doigts.

Dans la gale, il n'est pas rare, à côté de papules de prurigo et des vésicules de l'eczéma scabieux, de voir apparaître d'autres ordres de lésions, des accidents paragaleux d'origine suppurative.

Les solutions de continuité formées dans l'épiderme par l'acare, par le grattage, servent de porte d'entrée aux agents de la suppuration. Les lésions sont tantôt superficielles (impétigo, tourniole, ecthyma), tantôt profondes (furoncles, anthrax, phlegmon, panaris, adénites suppurées, lymphangites).

Dans certains cas, les lésions peuvent conduire à la mort par infection générale.

Les inoculations donnent lieu à des maladies pures lorsque l'ouverture est déterminée par les agents mécaniques ou par les parasites animaux. Mais lorsque l'ulcération de vernis cutané est due à une maladie de peau antérieure, celle-ci peut être inoculée à son tour par les agents de la suppuration. On a alors de véritables hybrides. Ce sont :

Les gales compliquées d'accidents suppuratifs paragaleux; les eczémas tournioliques; les eczémas simples ou séborrhéiques avec suppurations diverses : impétigo, furoncles, ecthymas, anthrax, etc.;

L'eczéma impétiginisé;

Les teignes compliquées de folliculites suppurées, d'impétigo, de furoncles, etc.;

Les sycosis parasitaires de la barbe, avec accidents suppuratifs, etc., etc.

Des complications du même genre peuvent se produire sur les scrofulo-tuberculoses tégumentaires et les syphilides.

Dans l'anthrax et le furoncle, on trouve le staphylococcus pyogenes aureus; dans l'ecthyma, le staphylococcus aureus dans beaucoup de cas; mais, dans nombre d'autres, un mélange de staphylococcus aureus et albus. Dans la tourniole, on trouve l'albus; dans l'impétigo, l'aureus.

Comme traitement, il faut :

A. Traiter la lésion pour empêcher les inoculations au sujet lui-même et à son entourage.

B. Stériliser : 1° la lésion; 2° la peau de l'individu (toujours plus ou moins couvertes de microbes de la suppuration) par les bains antiseptiques; 3° les habits et les objets de literie qui pourraient être plus ou moins infectés par les agents de la suppuration.

M. Leloir cite un exemple typique d'inoculation par les vêtements. Un homme venait régulièrement, chaque hiver, porteur d'un anthrax ou de furoncles du cou; il remettait chaque fois, dès les premiers froids, un pardessus dont le collet était sale; ce vêtement avait eu pour propriétaire, avant lui, son frère, qui était mort d'un anthrax au cou.

Parotidite à pneumocoques, par le professeur Duplay (1). — Un homme de 49 ans, qui s'enrhumait facilement, fut pris, au déclin d'une affection pulmonaire aiguë, d'un gonflement de la région parotidienne gauche. Il y avait un œdème considérable et, de plus, on sentait, dans la profondeur, un empâtement très dur, résistant; les douleurs, spontanées, étaient vives, la mâchoire difficile à ouvrir, la température élevée.

Le diagnostic n'offrait pas de difficulté; il s'agissait d'une parotidite qui présentait son symptôme pathognomonique : l'écoulement du pus par l'orifice du canal de Stenon.

Les inflammations secondaires de la parotide sont fréquentes et surviennent presque toujours après les maladies infectieuses.

Dans la fièvre typhoïde, la complication est commune; dans le typhus, on l'a comparée au bubon de la peste. Viennent ensuite le choléra, les fièvres éruptives, la fièvre paludéenne, la diphthérie, la dysenterie, la pyémie, la fièvre puerpérale et certaines maladies dont le caractère infectieux a été démontré par les dernières recherches bactériologiques : la pneumonie, la pleurésie et la péricardite.

Le malade de M. Duplay avait eu une pneumonie, et c'est au moment de la convalescence qu'était apparu le gonflement parotidien.

(1) Résumé d'après la *Gazette hebdomadaire*.

La parotidite est cependant rare dans la pneumonie, car Jurgensen ne la signale que 6 fois sur 5,738 cas. On peut expliquer facilement son développement, en admettant surtout que le pneumocoque pénètre dans le canal de Sténon et s'y multiplie.

M. Duplay a fait recueillir le pus à la sortie du canal, et dans une incision, et on y trouva le pneumocoque de Frænkel.

L'évolution clinique du cas a été conforme à ce que l'on observe habituellement; différents lobes ont suppuré séparément, formant des poches séparées, dont les unes ont été incisées, tandis que les autres s'ouvraient spontanément.

Il est possible qu'une grande partie des parotidites dites critiques soient des parotidites à pneumocoques, et, dorénavant, il ne faut pas laisser passer ces cas, même en dehors de tout état inflammatoire des voies respiratoires, sans faire l'examen bactériologique du pus.

Dans deux autres cas dus à MM. Toupet et Testé, on a fait l'examen microbiologique d'une parotidite à pneumocoque.

D'une façon générale, le pronostic des parotidites infectieuses est grave; on les avait appelées *critiques* dans la mauvaise acception du mot. La suppuration qui survient fatalement, s'accompagne parfois d'accidents sérieux. Il peut survenir des fusées purulentes, pénétrant sous les aponévroses du cou jusque dans le médiastin. M. Duplay a signalé une variété d'abcès rétro-pharyngien dû au pus qui s'acccumule en arrière de la loge amygdalienne. Les suppurations profondes et profuses peuvent entraîner la destruction du nerf facial quand la gangrène se met de la partie. Il en résulte une hémiplégie faciale incurable. On peut aussi voir survenir des thromboses des veines jugulaires, surtout de l'interne, des hémorrhagies graves par ulcération des gros vaisseaux, des otites moyennes purulentes suivies de surdité. Enfin, dans certains cas, les méninges et le cerveau sont envahis. La pyémie était très fréquente autrefois ; actuellement, l'antisepsie l'a fait disparaître.

On ne doit pas compter sur la résolution.

Les parotidites se présentent sous deux formes distinctes :

Dans la première, l'inflammation reste cantonnée dans l'élément glandulaire, c'est un catarrhe purulent de la glande ; le tissu conjonctif est pris secondairement. La suppuration se fait par foyers multiples; on pourrait dire que chaque lobule suppure isolément. Il est inutile, dans ce cas, de faire une incision longue et précoce, et il faut inciser successivement chaque foyer.

Dans la seconde forme, l'élément glandulaire est bien aussi le point de départ de l'inflammation, mais le tissu périglandulaire en devient bientôt le siège principal. C'est une espèce de phlegmon diffus de la région. La grande dureté de la région glandulaire, la menace de gangrène due à la compression, la possibilité de la destruction du facial avec hémorrhagie, thrombose et fusées purulentes, feront comprendre qu'en faisant une longue et profonde incision du tissu cellulaire en avant de l'oreille, on rend un réel service au malade. On surveillera en même temps, avec attention, la marche de la suppuration, et on évitera, par une incision rapide, les fusées purulentes.

Il va sans dire qu'il faut faire une antisepsie rigoureuse non seulement de la plaie, mais aussi de la bouche autant que possible.

BIBLIOTHÈQUE

DES CALCULS DU REIN ET DE L'URETÈRE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL, par le docteur Félix LEGUEU, prosecteur de la Faculté. — Th. de doct., 12 février 1891, n° 119.

Interne pendant deux années de M. le professeur Guyon, M. Legueu y a puisé de nombreux matériaux et s'est formé à l'école de ce maître éminent. Son travail, rédigé non seulement avec des faits personnels, mais encore avec de nombreux documents publiés depuis la thèse de Melchior Torrès en 1878, est le plus complet que nous possédions sur la question. Il peut se résumer de la manière suivante :

Les calculs du rein évoluent suivant un double processus; les lésions qui les accom-

pagnent, et dont ils sont la cause et l'occasion, sont des lésions septiques. Les unes comme les autres aboutissent à la destruction de l'organe, à la perte fonctionnelle du filtre rénal.

Le calcul pour sa production nécessite l'intervention de deux facteurs : une altération générale de l'organisme, modifiant les conditions de la nutrition et la composition des sels du sang; une altération locale, constante, indispensable des voies urinaires, de sorte qu'en réalité tous les calculs sont secondaires, secondaires à une lésion locale primitive.

Les lésions qui se développent dans le rein calculeux n'ont rien de spécial; elles sont des lésions purement mécaniques et de distension, comme celles de la ligature de l'uretère, ou bien elles sont des lésions d'infection; à la suite d'une contamination quelconque. La clinique permet de le supposer, l'expérimentation le démontre.

Au point de vue clinique, il n'existe aucun signe, qui soit par lui-même caractéristique de la présence d'un calcul dans le rein; c'est à un ensemble de signes, plutôt qu'à un signe même, que l'on doit de faire le diagnostic.

Certains accidents (accidents d'obstruction, accidents de migration, accidents d'infection) se développent à un moment donné, et parmi ceux-ci il en est, comme l'anurie, pour lesquels l'intervention chirurgicale a montré son efficacité et justifié son opportunité.

L'incision exploratrice doit être hâtive: négative, elle reste sans conséquences fâcheuses; elle devient curative, si la présence du calcul est vérifiée.

L'incision du rein au niveau du bord convexe est supérieure à l'incision du bassinet.

La néphrectomie primitive ne convient qu'aux cas de destruction complète du rein, avec intégrité de son congénère. En tout autre cas la néphrotomie doit être tentée.

Dans l'anurie calculeuse, il faut opérer au cinquième jour, si l'anurie est complète, et créer une fistule lombaire, ou procéder à l'ablation du calcul avec ou sans urétérotomie.

D[r] Ph. L.

Du diagnostic et du traitement des appendicites, par E. Martinez.
Th. de doct. Paris 26 février 1891, n° 136.

Au point de vue clinique, l'appendicite revêt trois formes bien distinctes : appendicite simple; appendicite perforative avec péritonite enkystée; appendicite perforative avec péritonite généralisée. L'auteur en établit très minutieusement le diagnostic différentiel et montre les difficultés qui l'accompagnent parfois. Le traitement doit être surtout opératoire.

Dans l'appendicite simple, l'intervention chirurgicale est indiquée toutes les fois qu'il y a récidives fréquentes et surtout quand elles se succèdent à bref délai.

Dans l'appendicite perforative avec péritonite enkystée, l'intervention précoce, dès le troisième ou quatrième jour est nécessaire. L'incision oblique est préférable à toutes les autres, du moins pour la variété iléo-inguinale, de beaucoup la plus fréquente.

Dans l'appendicite perforative, avec péritonite généralisée, l'intervention immédiate s'impose, une fois le diagnostic assuré. L'incision double sur la ligne médiane et à la région iliaque, est celle qui offre le plus de chances de succès. — D[r] Ph. L.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du croup spasmodique par l'opium, par Meigs (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — L'auteur désigne sous ce nom toutes les formes de la maladie caractérisées par l'absence de fausse membrane, celles que l'on suppose spasmodiques, inflammatoires, catarrhales. Dans tous les cas graves, administrer l'émétique et, pour avoir un résultat rapide, donner une cuillerée à thé d'alun en poudre mélangé à une cuillerée à thé de sirop d'ipéca. Sauf vomissement dans les quinze ou vingt minutes, répéter la dose. L'ipéca seul, le sulfate de zinc n'ont pas la même valeur, et l'antimoine est dangereux. Si l'on ne recherche pas le vomissement, le spasme peut être le mieux

combattu par l'administration d'une dose de laudanum et d'ipéca, la première, suffisante pour produire un effet soporifique sensible, mais modéré, la seconde pour calmer le spasme, mais non pour donner des nausées, autrement dit, pour un adulte, 20 gouttes de laudanum, et 15 de sirop d'ipéca. Une seconde dose et moindre peut être donnée plus tard.

A un enfant, il faut toujours donner une minime dose d'opium. Pour un enfant de 2 mois la première fois, pas plus de 2 gouttes de laudanum, avec 10 de sirop d'ipéca, renouvelée en une heure. De 2 à 6 mois, première dose, 1/2 goutte d'opium, avec 5 ou 6 d'ipéca. Ce traitement calme l'attaque imminente, mais tenir l'enfant au lit le lendemain, avec toutes les deux heures des doses légères de parégorique et d'ipéca. Eviter d'endormir avec l'opium, de donner des nausées avec l'ipéca (de 2 à 5 ans, donner de 5 à 10 gouttes de parégorique, 5 gouttes de sirop d'ipéca). La deuxième nuit, redonner le laudanum et l'ipéca; le lendemain, repos au lit; renouveler le laudanum et l'ipéca la troisième nuit. La toux diminue, il n'y a plus de spasmes, sauf dans les cas d'intensité exceptionnelle. La dose d'opium doit équivaloir à l'effet de 20 gouttes de laudanum chez l'adulte.

Après le spasme, traiter comme un coryza ou comme une bronchite. L'intolérance des enfants pour l'opium lui a donné une mauvaise réputation combattue par Meigs, Pepper, Gustave Smith et Goodhardt. — P. N.

Rapport sur une épidémie d'amygdalite diphthéritique à Eton College en septembre 1889, par James W. Gooch (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — Cette épidémie fut attribuée au début à la température brumeuse, froide et humide, de septembre; cependant, bien que la saison s'améliorât, le nombre des cas alla en augmentant, et ils devinrent extrêmement sérieux. Ne pouvant pas incriminer le service des eaux, qui était fort bien fait. l'auteur eut l'idée d'examiner le lait qui était fourni aux élèves. Il apprit qu'une partie de ce lait provenait d'une ferme où il y avait des cas d'amygdalite suspecte. Il visita la ferme et apprit que quelques-unes des vaches avaient bu depuis le mois de juillet de l'eau provenant d'un égout puant où se déversaient les eaux d'une ville voisine. Or, dans ledit collège il y avait eu au mois de juillet quelques cas de diphthérie; mais, à cette époque, on n'avait pas songé à suspecter le lait.

L'épidémie disparut en octobre, époque où les vaches, ramenées à la ferme, cessèrent de boire de l'eau contaminée.

Il est probable que l'épidémie a été causée par l'eau en question, dont on se servait également pour rincer les seaux à lait; et, cependant, il est à remarquer, que les vaches elles-mêmes n'ont jamais été contaminées. Le lait a servi d'agent vecteur des microbes, car on dut constater que, dès qu'on prit la précaution de le faire bouillir, il n'y eut plus de nouveaux cas de diphthérie. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Thyroïdite suppurée. — Corps étranger de la trachée. — Kyste séreux du mésentère.

M. Nicaise fait un rapport sur deux observations envoyées par MM. Fovel et Kirmmer, relatives à des cas de *thyroïdites suppurées*, dans lesquels on a trouvé des microbes causes d'états généraux antérieurs.

Le premier cas se rapporte à une femme de 26 ans qui portait depuis longtemps un goitre. La malade ayant eu pendant quelque temps de la fièvre, de la diarrhée et des douleurs dans la partie droite du ventre, présenta ensuite des accidents d'inflammation, accompagnés de dyspnée, du côté du corps thyroïde. On reconnut une thyroïdite suppurée et on fit l'ablation de la moitié droite de la glande qui, du reste, renfermait deux kystes. Pendant l'opération, le nerf laryngé fut coupé. Il n'y eut pas d'accident et la

malade guérit rapidement. Les kystes contenaient, l'un de la matière colloïde gélatineuse, l'autre un liquide puriforme, dans lequel on trouva le bacille d'Eberth. On connaît un assez grand nombre de cas de suppuration dans différents points du corps survenant sous l'influence du bacille typhique; il s'agit d'adénites, de périostites, d'ostéomyélites. La nature de l'affection du tube intestinal, dans l'observation de M. Kirmmer, aurait été méconnue sans la complication.

Il vaudrait mieux faire l'extirpation que l'incision de la glande qui est parfois suivie d'hémorrhagie. Naturellement, l'extirpation doit toujours être partielle, afin d'éviter la cachexie strumiprive.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 31 ans, chez laquelle un goître augmentait de volume lorsqu'il y avait une grossesse. A la suite d'un quatrième accouchement, des phénomènes inflammatoires apparurent au niveau de la tumeur et entraînèrent de la gêne respiratoire. On fit l'extirpation de la moitié gauche et l'on constata que la suppuration était due à des streptocoques.

De ces observations, on peut conclure qu'il n'y a pas de microbe spécial pour la suppuration. Celle d'un même organe peut dépendre de microbes très différents. C'est ainsi que la thyroïdite peut encore être causée par le pneumocoque. Peut-on reconnaître en clinique ces différentes suppurations ? La chose est peut-être possible pour l'ostéo-myélite, comme l'a démontré M. Lannelongue; elle ne l'est pas dans toutes les affections, et il ne faut pas trop multiplier les divisions. Les microbes qui causent la suppuration peuvent être divisés en deux groupes : ceux qui en sont les agents habituels; ceux qui ne sont qu'accidentellement pyogènes. Peut-être y a-t-il plusieurs modes de suppuration.

— M. Routier fait un rapport sur une observation envoyée par M. Montaz (de Grenoble), et relative à un *corps étranger de la trachée.* Le malade était un garçon de 13 ans qui, dans une forte inspiration, introduisit dans les voies aérienne un ressort de cuivre servant à maintenir le linge à sécher. Des accidents dyspnéiques se produisirent et l'examen laryngoscopique montra qu'il s'agissait d'un corps étranger de la trachée; on avait cru d'abord à un corps étranger de l'œsophage. La trachéotomie fut proposée et refusée. L'enfant supporta assez bien son corps étranger pendant neuf mois, lorsque subitement, pendant la nuit, il se produisit une dyspnée excessive avec cyanose, tirage, etc. L'intervention s'imposait. On fit la trachéotomie sans anesthésie, l'administration du chloroforme ayant dû être abandonnée. Le corps étranger n'ayant pu être extrait au davier, et se trouvant dans la partie supérieure, l'incision fut prolongée du côté du cartilage cricoïde et de la membrane crico-thyroïdienne, tout en respectant l'isthme du corps thyroïde. On trouva le ressort au-dessous des cordes vocales inférieures, enchâssé dans la muqueuse de la trachée, qui avait formé des replis. L'extraction fut facile et accompagnée de la résection des replis muqueux. La canule put être enlevée le huitième jour et la guérison survint rapidement. Probablement, la cause de l'exaspération subite des accidents avait été une trachéite légère. Actuellement, trois ans et demi après l'opération, le jeune homme a encore des accidents dyspnéiques; il ne peut faire d'exercice violent et doit rester sédentaire.

Cette observation est remarquable par la nature du corps étranger et la longue tolérance qu'a présentée le malade. Peut-être les accidents qui persistent actuellement dépendent-ils d'un rétrécissement de la trachée causé par la résection de le muqueuse?

M. Nicaise fait remarquer que la sensibilité de la muqueuse de la trachée ne devient pas plus grande quand on se rapproche des bronches; au contraire, cette sensibilité est d'autant plus grande que l'on est plus près du larynx. Il est probable que, dans le cas de M. Montaz, il y a un rétrécissement cicatriciel.

— M. Terrillon communique trois observations de *kystes séreux du mésentère*, affection assez rare et mal connue.

Le premier cas se rapporte à une jeune fille de 23 ans qui, depuis sept ans, avait des douleurs dans le côté gauche du ventre, sans localisation précise. L'abdomen avait peu à peu augmenté de volume et le corset était devenu trop étroit; on trouva, à la palpation, une tumeur fluctuante, assez grave, indépendante du foie, du rein et des organes génitaux; la production semblait se rattacher à la colonne vertébrale. Le diagnostic resta

hésitant entre un kyste du pancréas et un kyste du mésentère. M. Terrillon, regardant la ponction exploratrice comme dangereuse, fit d'emblée la laparotomie médiane. Après avoir écarté l'intestin et fait une boutonnière épiploïque, il trouva une tumeur renfermée dans le mésentère et recouverte par un feuillet mobile de cette membrane. Une ponction donna issue à quatre litres de liquide clair, non filant et mousseux. La paroi du kyste était mince, lisse, à peine vascularisée et extrêmement adhérente aux feuillets mésentériques. Les tentatives de décortication déterminèrent un abondant écoulement de sang dû à des vaisseaux du mésentère et on dut y renoncer. La poche fut lavée, ses parois suturées à la paroi abdominale et on plaça deux tubes à drainage. Les suites de l'opération furent normales, sauf une légère infection à un moment; la cavité se combla en deux mois, mais la cicatrisation complète ne survint qu'au bout de cinq mois.

La deuxième malade était âgée de 22 ans, chétive, et avait eu, trois ans auparavant, un accouchement à suites simples. Le ventre resta volumineux, et M. Ribemont pensa à un kyste du foie, du pancréas et du mésentère. La fluctuation était nette et la tumeur siégeait au niveau de la partie supérieure de l'abdomen, à gauche. On sentait les battements aortiques, ce qui indiquait l'extension en arrière. La laparotomie conduisit sur un kyste du mésentère qui adhérait intimement aux parties voisines; on faillit ouvrir l'intestin. Le traitement fut le même que dans le premier cas, et il n'y eut, comme accident, qu'une intoxication chloroformée assez notable.

Le troisième cas se rapporte à une jeune fille de 18 ans chez laquelle une tumeur kystique s'était développée lentement du côté gauche de l'abdomen; une grosse bosselure formée par le côlon transverse croisait la tumeur. L'opération fut faite de la même manière que dans les deux premiers cas; l'intestin adhérait fortement et le kyste renfermait 600 grammes de liquide citrin. L'intoxication par l'iodoforme fut très marquée.

Les symptômes des kystes du mésentère sont vagues. Les malades ne maigrissent pas, n'ont pas de cachexie; souvent l'intestin est devant la tumeur, ce qui en facilite le diagnostic. Cette disposition contre-indique absolument la ponction exploratrice. Il n'y a pas d'épithélium sur la surface interne du kyste dont la paroi est fibreuse, peu vasculaire; cette absence d'épithélium explique la rapidité des phénomènes d'intoxication à la suite du pansement.

Par suite des adhérences intimes de la tumeur, la décortication est impossible et le seul traitement possible est celui que M. Terrillon a employé.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Baillet, Cestan, Genouville, Morestin et de Souligoux.

— M. le docteur Guillaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque municipale de Royan.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cazaubon (d'Ambès).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le traitement hygiénique de l'obésité (1).

Heinrich Kisch insiste sur ce point que toute méthode d'amaigrissement qui provoque une diminution rapide et massive de la graisse est mauvaise et entraîne des troubles génér. ux de la nutrition. Comme règle générale du régime, il conseille d'abaisser d'abord la graisse et les hydrocarbures au plus faible degré possible; il faut un régime mixte modéré qui contienne une prédominance d'albumine, de petites quantités d'hydrocarbures et de matières gélatineuses et extrêmement peu de graisse. La viande doit toujours prédominer, surtout la viande maigre. Parmi les viandes grasses que l'on doit à peu près interdire se trouvent la viande de porc, les saucisses, la langue de bœuf fumée, la poitrine d'oie, le jambon fumé; il faut supprimer aussi le saumon gras, le hareng saur assez gras, le hareng. On doit user modérément d'œufs dont l'albumine sera préférée au jaune. Le pain ne sera permis qu'en petite quantité et de préférence grillé, les farineux seront rejetés. Les légumes ne doivent pas être cuits au beurre, à la graisse ou à l'huile. Les champignons sont riches en hydrocarbures, et, par conséquent, à rejeter. Les fromages renferment trop de graisse. Comme condiments, on permettra le sel et les acides végétaux, mais le vinaigre sera défendu à tout obèse ayant des tendances à la goutte ou à la gravelle. Toutes les boissons grasses (bouillon gras, lait non écrémé, chocolat ou cacao) ou alcooliques sont nuisibles. Au premier déjeuner, le mieux est de prendre du thé; dans les repas de la journée, le vin blanc léger étendu d'eau est la meilleure boisson. Kisch est partisan d'un usage abondant de l'eau, surtout chez les obèses pléthoriques, car il admet une accélération dans les oxydations à la suite de l'absorption de grandes quantités de liquide; il conseille de boire de grandes quantités d'eau froide. Ce n'est que quand il y a insuffisance cardiaque que l'eau n'est plus à recommander.

Le régime de Kisch est, en somme, basé sur l'administration d'une grande quantité d'albumine comme celui de Banting.

E. Munk a conseillé une diététique à peu près identique; mais il est partisan de la réduction des boissons.

M. A. Robin a cherché à mettre d'accord ceux qui défendent les boissons abondantes et ceux qui les permettent. Pour lui, tout le monde a raison, car on devient obèse de deux façons : tantôt parce que l'assimilation augmente, tantôt parce que la désassimilation diminue.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 21 mai 1891.

Dans le premier cas, il faut interdire l'eau; dans le second, on peut laisser boire les malades.

Pour reconnaître à quelle variété d'obésité on a affaire, il faut doser l'urée et diviser les malades en trois catégories suivant que cette substance est augmentée, stationnaire ou diminuée. Lorsque le chiffre de l'urée reste stationnaire, ce qui est le cas le plus fréquent, il est nécessaire de calculer le coefficient d'oxydation, c'est-à-dire le rapport qui existe entre les matériaux solides de l'urine et l'urée. L'élévation du coefficient permet d'affirmer que l'on se trouve en présence d'un obèse par excès d'assimilation et la diminution, d'un obèse par défaut de désassimilation. Dans le premier cas, de même que s'il y a augmentation de l'urée, l'eau et les liquides doivent être proscrits du régime; dans le second, de même que s'il y a diminuation de l'urée, on peut permettre aux malades de boire à volonté.

Aux obèses par défaut, M. Robin prescrit un régime composé surtout de viandes, de légumes verts, de pain en petite quantité, et il les laisse boire à volonté. Il a vu ce traitement amener chez une femme, en un mois, une diminution de poids de 5 kilog. 1/2, en même temps la taille diminua de 13 centimètres et le tour du ventre de 12 centimètres.

M. de Saint-Germain a pu arriver à de bons résultats en combinant l'exercice avec une alimentation modérée, dans laquelle il n'entrait ni vin ni pain.

M. Dujardin-Beaumetz a étudié la question du régime chez les obèses avec le plus grand soin et, lorsqu'il n'y a pas de dégénérescence graisseuse du cœur, il prescrit la diététique suivante :

Premier déjeuner, à huit heures : 25 gr. de pain léger en flûte, c'est-à-dire ayant beaucoup de croûte; 50 gr. de viande froide (jambon ou autre); 200 gr. de thé léger sans sucre.

Deuxième déjeuner, à midi : 50 gr. de pain; 50 gr. de viande ou de ragoût, ou deux œufs; 100 gr. de légumes verts; 15 gr. de fromage; fruits à discrétion.

Dîner, à sept heures : pas de soupe; 50 gr. de pain; 100 gr. de viande ou de ragoût; 100 gr. de légumes verts; salade; 15 gr. de fromage; fruits à discrétion.

Comme boisson, si le malade boit aux repas, il ne doit prendre qu'un verre et demi de liquide, 300 gr. à peu près. S'il veut s'engager à ne boire que dans leurs intervalles, on peut permettre une plus grande quantité.

III

Le régime alimentaire spécial ne constitue pas à lui seul le traitement de l'obésité, et il faut employer concurremment un certain nombre de pratiques adjuvantes qui sont souvent fort utiles.

En premier lieu, l'exercice est indispensable et tout le monde est d'accord sur ce point.

Parmi les exercices gymnastiques, le meilleur est celui du mur (Dujardin-Beaumetz), qui convient surtout aux individus qui ont le ventre proéminent, ce qui tient à la fois à la faiblesse des muscles abdominaux, à l'accumulation de la graisse sous la peau et dans l'épiploon et à la dilatation de l'estomac et des intestins. Le patient se place debout contre un mur absolument droit, puis élève ses bras au-dessus de sa tête en leur faisant décrire une demi-circonférence d'avant en arrière.

Zuntz insiste sur la nécessité de faire faire aux obèses des mouvements avec les bras, car dans ce cas, pour un rendement égal, on consomme une quantité d'oxygène plus grande que dans la marche.

L'exercice chez les obèses doit être poussé jusqu'à la fatigue [de 3,000 pas par jour, au début de la cure, jusqu'à 25,000 pas (Kisch)], jusqu'à la dyspnée (G. Sée); dans ces conditions, en effet, non seulement il y a usure des hydrocarbures, mais, de plus, il se produit une véritable soif d'air qui peut augmenter les déchets (Oppenheim). Cependant, les expériences de Œrtel prouvent que la perte de poids qui accompagne les exercices fatigants est surtout due à des déshydratations que vient combler l'eau absorbée en grande quantité par les boissons. Ce serait surtout cette eau qui agirait comme accélérant les oxydations (G. Sée).

Pendant l'exercice, il y a absorption plus abondante d'oxygène et élimination de plus d'acide carbonique; il en résulte que la réserve de graisse du corps est attaquée. C'est ce qu'ont mis en évidence les recherches de Voit, qui a calculé, pour un travail intensif, une dépense de graisse de 8,2 par heure. Le mouvement physique est encore utile en exerçant les muscles volontaires et en s'opposant à l'envahissement des fibrilles musculaires par la graisse interstitielle.

Le mouvement physique exagéré exerce aussi, jusqu'à un certain degré, une influence favorable sur le muscle cardiaque, en augmentant sa nutrition et sa capacité de travail.

Chez les obèses anémiques, il faudra être bien plus circonspect dans la prescription des mouvements forcés; il en sera de même chez les vieilles gens à cœur affaibli.

L'hydrothérapie est très utile dans l'obésité. On peut avoir recours aux douches froides, aux frictions que l'on combinera avec le massage. Les pratiques du Hammam (de Saint-Germain) amènent une rapide perte de poids. Il en est de même de l'usage des bains tièdes salins, des bains de vapeur (quand le cœur et les vaisseaux sont intacts).

Le professeur Bouchard a tracé, d'une façon magistrale, les grandes lignes du traitement de l'obésité. En premier lieu, il est nécessaire, dans la grande majorité des cas, d'accélérer les mutations. Cependant il faut remarquer que, tandis qu'il y a des obèses qui rendent peu d'urée et ont une température centrale abaissée, d'autres sont azoturiques et éliminent, de plus, du phosphate en excès. Dans ce dernier cas, il faudrait interdire le traitement oxydant.

Pour accélérer les mutations nutritives, il faut agir sur le système nerveux et sur le foie. On doit éviter tout ce qui peut déprimer le système nerveux, rechercher tout ce qui peut l'exciter. L'obèse devra s'occuper, avoir un travail intellectuel ou au moins voyager. La peau sera stimulée par les pratiques hydrothérapiques, les bains froids, les bains chauds salés.

Pour provoquer l'activité du foie, on recourra aux purgatifs salins, aux eaux de Kissingen, de Marienbad, de Hombourg, de Carlsbad, de Chatel-Guyon, de Brides. Il est remarquable de voir que, tandis que même pendant la cure hydro-minérale il ne se produit pas de changements dans le poids, ce poids diminue ensuite beaucoup une fois que le malade est rentré chez lui.

L'exercice devra surtout être fait à jeun. Il faut que les malades résistent à l'assoupissement qui s'empare d'eux après les repas et réduisent leur sommeil au strict nécessaire.

Tout ce qui rend plus actifs les actes respiratoires est utile, car on fournit ainsi aux graisses une proportion d'oxygène suffisante pour en brûler une grande quantité.

La graisse ne peut être éliminée en nature que par la peau et le foie. La sudation fait surtout perdre de l'eau que les boissons se chargent de restituer et n'entraîne que bien peu de graisse. Les bains chauds élèvent la température du corps, accroissent les mutations organiques, d'où élimination plus considérable d'oxygène et d'acide carbonique (Bert, Regnard). Il faut procéder avec précaution afin d'éviter les accidents; le malade sera placé dans un bain chaud à 37° dont on élèvera peu à peu la température, de façon qu'après trente ou quarante minutes elle atteigne 39°.

La bile rejette de la graisse au dehors, il faut donc accélérer les fonctions du foie. Pour cela, les sels neutres sont fort utiles; on pourra aussi recourir au salicylate de soude qui est un excellent cholagogue.

Le traitement médicamenteux de l'obésité est peu chargé de prescriptions. D'après le professeur Bouchard, l'eau de chaux pourrait être utile et accélère la nutrition (?). La graisse à l'état d'émulsion ou de gouttelettes ne se brûle pas; les carbonates alcalins, la liqueur de potasse, les savons, l'aideraient à se dissoudre et à devenir attaquable.

Les eaux alcalines sont beaucoup moins actives contre l'obésité que les eaux minérales salines, à moins qu'il n'y ait complication de l'obésité par le diabète.

Les purgatifs sont toujours utiles; il faudra les renouveler souvent, d'une façon presque régulière.

Enfin les iodures, à très petites doses, sont conseillés par le professeur G. Sée.

D'après Kisch, les eaux froides fortement sulfatées sodiques (Marienbad) méritent la préférence sur les chaudes (Carlsbad), parce qu'elles ont une action moins irritante sur le système vasculaire et qu'elles excitent fortement la diurèse par leur basse température et leur acide carbonique. Carlsbad ne mérite la préférence que quand l'obésité est combinée avec des pierres d'acide urique ou avec du diabète. Pour des personnes très anémiques, on devra choisir des eaux faibles alcalines-salines ou bien faire boire, outre l'eau fortement sulfatée sodique, de l'eau ferrugineuse. L'emploi des eaux sulfatées sodiques en boisson est aussi indiqué dans les troubles de l'appareil circulatoire et de l'équilibre hydrostatique; elles ne seraient contre-indiquées que dans les artério-scléroses accentuées (Kisch).

IV

Nous connaissons, maintenant, le traitement de l'obésité envisagé d'une façon générale, il reste à l'individualiser. En effet, comme l'a fait justement remarquer M. Dujardin-Beaumetz, les obèses se divisent en deux groupes : les uns sont forts et vigoureux, grands mangeurs; les autres, au contraire, sont faibles et débiles, à chair molle et flasque. Aux premiers, on pourra imposer toutes les rigueurs du traitement par la réduction, il faudra beaucoup plus ménager les autres.

D'une façon générale, le régime des obèses est insuffisant, et ce fait ressort très nettement du tableau suivant dressé par M. C. Paul :

Régime moyen des obèses.

	Mat. alb.	Mat. grasses.	Mat. hydroc.
Voit	118	40	150
Harvey	170	10	80
Ebstein	100	85	50
Œrtel	155-179	25-40	70-110
Kisch	160	10	80 (pléthor.)
Idem	200	12	100 (anémiq.)
Ration normale	124	55	455

Il y a donc toujours de l'autophagisme chez l'obèse (Dujardin-Beaumetz), et tous les régimes n'ont qu'un but : réduire la ration journalière.

La quantité de nourriture ne doit cependant pas être trop faible, car, si à jeun la graisse disparaît plus sûrement, les muscles riches en albumine s'altèrent rapidement, et on doit toujours chercher à agir progressivement (Kisch).

On parvient à réduire la quantité des aliments. soit en imposant un régime toujours uniforme qui amène rapidement le dégoût, soit en donnant avec les aliments une quantité considérable de graisse, soit, enfin, en empêchant de boire pendant le repas.

L'amaigrissement s'obtient assez facilement par cette cure de réduction, et il suffit que le médecin trouve chez son malade une force de volonté suffisante. Malheureusement on ne peut prescrire toujours un régime aussi dur. Lorsque l'obèse a dépassé l'âge de 40 ans, lorsque le cœur est atteint de dégénérescence, lorsqu'il est anémique, la cure rigoureuse aurait pour effet d'affaiblir l'organe central de la circulation et de précipiter l'apparition d'accidents que l'on a tout intérêt à éviter.

Dans ces cas, en ne traitant pas l'obésité, on préservera les jours du malade. Cependant, lors de dégénérescence du cœur, on pourra tenter la cure d'Ebstein (Scohy), tandis qu'on choisira celle de G. Sée dans la diathèse goutteuse ou lors de calculs rénaux.

P. CHÉRON.

REVUE DES CLINIQUES

De la démarche chez les hémiplégiques, par le professeur CHARCOT (1). — La démarche des hémiplégiques permet souvent, à elle seule, de faire le diagnostic. Todd avait déjà bien décrit cette manière de marcher qu'ont les hémiplégiques vulgaires : « Si vous examinez une personne atteinte d'hémiplégie par suite de lésion organique du cerveau, dit-il, vous remarquerez que, lorsqu'elle marche, elle offre une allure particulière qui a pour but de porter la jambe paralysée en avant. Elle porte son tronc du côté opposé à la paralysie et repose le poids du corps sur la jambe saine; puis elle jette en avant la jambe paralysée et lui fait décrire un mouvement de circumduction, d'arc de cercle. »

Dans les cas de ce genre où *la jambe fauche*, le diagnostic est facile et on peut dire, de plus, qu'il y a une lésion de la capsule interne.

Dans d'autres cas, et Todd l'avait déjà remarqué, les malades traînent le membre paralysé après eux comme un corps inanimé, sans leur faire décrire aucun mouvement de circumduction, sans faire aucun effort pour lever le pied. Dans cette forme, on balaie

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

le sol en marchant (Todd). Le signe est suffisant pour rejeter l'hypothèse d'une lésion de la capsule interne.

M. Charcot présente, en effet, deux malades qui présentent cette démarche spéciale; dans les deux cas, il s'agit d'hystérie mâle avec attaques plus ou moins caractérisées, spasme glosso-labié, anesthésie, etc.

Le pronostic de l'hystérie mâle des artisans est mauvais; les améliorations sont fréquentes, mais les guérisons absolues fort rares. De plus, les malades ne sont que très rarement hypnotisables. Les toniques, le repos, l'hydrothérapie, l'électrisation statique sont les seuls moyens de traitement.

De la folie brightique, par M. Joffroy (1). — Il y a une distinction capitale à établir entre la folie brightique et les accidents nerveux de l'urémie délirante aiguë. Il faut distraire du cadre de la folie brightique les cas où un individu a de la néphrite et du délire dans le cours d'une maladie infectieuse, les cas où un véritable aliéné présente de l'albuminurie au cours de sa vésanie, sans que cette albuminurie exerce aucune influence sur la marche des phénomènes psychiques. Il faut retenir seulement les faits dans lesquels l'albuminurie existante crée presque de toutes pièces les troubles mentaux, et ceux où, en éveillant une prédisposition vésanique, elle met pour ainsi dire en activité une folie latente.

A lésions égales du rein et à intoxication urémique égale, tous les malades ne réagissent pas de la même façon et la prédisposition joue un grand rôle. L'urémie délirante se rattache à une prédisposition congénitale ou acquise que l'on peut appeler prédisposition névropathique, pour l'opposer à la prédisposition vésanique que l'on rencontre dans le plus grand nombre des cas de folie brightique. Cette dernière est caractérisée par l'existence, chez les ascendants, d'affections mentales héréditaires, tandis que lors de prédisposition névropathique on ne trouve que l'hystérie, l'épilepsie, l'apoplexie, etc.

L'albuminurie, dans ce dernier cas, entraîne un délire doux, tranquille, s'alliant à un degré notable de démence qui peut durer autant qu'elle augmente et diminuer en même temps et même guérir. Dans d'autres cas, il se produit, sous l'influence de l'albuminurie, des lésions vasculaires, des lésions hémorrhagiques ou nécrobiotiques du cerveau et alors la démence ne peut plus guérir. C'est là la véritable folie brightique.

Dans une deuxième catégorie de faits on voit, au cours d'une albuminurie, survenir des troubles cérébraux se rattachant nettement à une forme déterminée de folie, mais ceux-ci ne reconnaissent plus pour cause prédominante l'intoxication brightique et procèdent avant tout d'une tare héréditaire vésanique. La vésanie n'est alors albuminurique que parce que l'albuminurie l'a mise en évidence. C'est la folie à l'occasion du brigthisme, et le malade était fou latent avant l'éclosion de la maladie occasionnelle,

La distinction est souvent assez difficile à établir en clinique, et ne se fait que par une observation très approfondie du malade. C'est cependant en elle que l'on trouve les indications nécessaires au pronostic et au traitement.

Les malades des deux catégories peuvent, du reste, se présenter comme de purs aliénés, et M. Joffroy donne l'observation d'un cas de vraie folie brightique dans lequel la malade, après avoir eu des attaques apoplectiformes, épileptiformes et délirantes, est restée apathique, amnésique, gâteuse parfois, en un mot démente.

Les états mentaux qui éclosent à l'occasion du brightique peuvent revêtir les formes cliniques les plus diverses : les malades ont, les uns, des hallucinations de la vue et de l'ouïe; d'autres, des idées de persécution, des idées érotiques, du délire religieux; d'autres ont de la manie, de la mélancolie, de la folie du doute. ou bien ont la crainte du poison, la manie du suicide. L'influence héréditaire est alors prédominante.

Dans les délires liés à une néphrite aiguë, on ne songe naturellement pas à interner le malade; dans l'urémie délirante chronique, il ne faut proposer ce moyen qu'avec une extrême réserve; la folie, non dangereuse, suivant assez exactement la marche de l'albuminurie, peut s'améliorer avec elle et parfois guérir.

(2) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

Dans les cas où la folie est mise en lumière par l'albuminurie, il est possible que l'amélioration de la maladie rénale entraîne une amélioration de l'état psychique, mais le fait est loin d'être constant, et l'albuminurie pourra régresser sans que les troubles mentaux s'amendent avec elle.

Le traitement somatique, dans les deux catégories, est le régime lacté conduit avec discernement.

BIBLIOTHÈQUE

De la malaria, par le docteur Ed. Pepper. — Paris, Masson, 1891.

La malaria est, pour l'auteur, l'aérotellurisme protéiforme, et les dénominations : fièvre paludéenne, fièvre alluvionique, fièvre intermittente et fièvre rémittente sont également impropres à caractériser la maladie. Il y a infection du sang et peut-être de la lymphe; l'intoxication se produit durant l'acte de la respiration et atteint principalement le système nerveux, comme on le remarque dans le choléra, la grippe, etc.

Les symptômes rappellent les empoisonnements qui atteignent surtout le nerf vague, entraînant l'ataxie, puis la paralysie sympathique.

Le corps est doublement infecté, d'abord par les produits de la putréfaction végétale qui désorganisent les liquides et les tissus, la dénutrition cellulaire constituant le transformisme dû à la maladie; ensuite par l'auto-infection, qui joue dès lors un grand rôle dans l'évolution morbide, après ou à côté de l'infection de base éthérogéique.

L'infection malarienne ne serait pas produite par une seule sorte de germe, d'où, peut-être, une des causes principales du polymorphisme malarien.

Bien que les doctrines de l'auteur soient un peu spéciales, la partie clinique du livre est basée sur une observation patiente et judicieuse. M. Pepper, qui exerce dans un pays où la malaria règne en maîtresse, a su bien observer et bien décrire les faits qui se sont passés sous ses yeux. — P. Ch.

Thérapeutique suggestive, son mécanisme, propriétés diverses du sommeil provoqué et des états analogues, par le docteur A. Liébault. — Paris, O. Doin, 1891.

Dans son nouveau livre, l'auteur cherche à démontrer que c'est sous une influence suggestive de la pensée, pendant la veille ou pendant le sommeil et ses analogues, et, d'après la loi de fluctuation de la force nerveuse établie par Cabanis et Bichat que naissent : non seulement les phénomènes psycho-physiologiques tels que ceux de beaucoup d'affections morbides par causes morales; mais encore que suggestivement s'améliorent ou guérissent, à l'aide d'un mouvement nerveux en sens contraire de ces phénomènes, un très grand nombre de maladies qui sont le triste apanage de l'espèce humaine.

Dans ce second volume sont aussi traitées la question de la médecine légale de l'hypnotisme et celle du zoomagnétisme. Bien que l'auteur n'ait pu résoudre la question de la lucidité, il l'a examinée sérieusement et a cherché à rattacher à la science positive les faits rares et étranges de lucidité qu'il lui a été donné de rencontrer dans sa longue carrière d'hypnotiseur.

On trouve en terminant, comme appendice, la *Confession d'un hypnotiseur* déjà parue, en 1886, dans la *Revue de l'hypnotisme*. M. Liébault a pour but de montrer de nouveau, et c'est bien nécessaire, que le sommeil et les procédés pour le faire naître sont sans danger aucun, et que, s'il arrive des accidents dans leur emploi, c'est toujours par suite de l'ignorance ou de l'étourderie de l'opérateur. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Actinomycose de la langue, par Maydl (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — Un médecin, âgé de 48 ans, inspecteur du bétail à l'importation, avait l'habitude de

mouiller les pages avec sa langue pendant la lecture. A des ragades douloureuses, succéda le lendemain une tumeur de la grosseur d'un pois. Après traitement antispécifique inutile, la tumeur fut diagnostiquée et enlevée. Le malade guérit bientôt. — P. N.

Forme particulière d'œsophagisme, par Osgood (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — Douleur soudaine souvent intense; constriction à l'épigastre, irradiation, légère régurgitation si l'attaque survient à table, avec arrêt de la nourriture au cardia parfaitement perçu ainsi que le passage ultérieur dans l'estomac. Attaques d'intensité, de fréquence et de durée variables; toujours la muqueuse était altérée à quelque point éloigné du siège de la douleur. Attaques irrégulières, à intervalles inégaux, d'intensité quelquefois légère, tantôt excessive. Localisation constante derrière le xiphoïde à son union avec le sternum; irradiation du pharynx à une ou deux oreilles, et, dans ce dernier cas, probablement localisée aux trompes d'Eustache, quoique rapportée au niveau du tympan. Salivation abondante, sensation d'asphyxie imminente. Quelquefois la douleur est perçue du côté droit de la poitrine au mamelon; quelquefois, dans les cas sérieux, dans le dos. Les malades de Osgood n'ont jamais pu avaler que difficilement les boissons gazeuzes. Une constriction momentanée a été perçue à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Jamais les attaques ne sont bornées aux heures des repas, mais sont toujours apparues très capricieusement dans l'acte de se baisser, de tourner dans le lit, de s'asseoir, de marcher, de rire, de tousser, d'éternuer, parfois même sans rien faire. Une griffe semble saisir, avec la rapidité de l'électricité, la partie inférieure de l'œsophage et la douleur s'irradie à l'instant, ce qui est dû probablement à une atteinte du pneumogastrique. Il faut croire dans ce cas à un haut degré d'hyperesthésie, à une irritabilité réflexe des nerfs sensitifs ne s'étendant pas ou ne causant qu'une légère contraction du tissu musculaire de la région. Traitement : distendre l'estomac par de l'acide carbonique ou en avalant de l'air; électricité galvanique, musc, belladone, opium. — P. N.

Etiologie de la diphthérie, par Racford (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — Conclusions : La diphthérie est une affection purement locale causée par un parasite aérobie; les symptômes constitutionnels sont dus à une absorption de substances toxiques, c'est-à-dire de ptomaïnes provenant de la lésion locale, et causant aussi les altérations de sang et de tissus, y compris les lésions nerveuses tardives; la maladie n'a pas de périodes éloignées, les deuxième et troisième attaques sont des réinfections; il est de règle qu'une attaque confère au moins l'immunité temporaire; après cette période limitée, elle peut, comme chez les scrofuleux, prédisposer à d'autres, si la muqueuse est restée enflammée et irritée. De ces conclusions, Racford tire déductions au point de vue du traitement local, général et prophylactique. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire sur la grippe, par M. Gellée;

2° Une note sur les inhalations d'air ozoné, par M. le docteur Pigeon;

3° Un pli cacheté adressé par le docteur Horteloup.

M. Crié (de Rennes) est élu correspondant national par 46 voix sur 60 votants.

Dépopulation de la France. — M. Le Fort déplore qu'il n'y ait pas en France de loi sur l'hygiène et la police sanitaire pour vaincre les résistances que rencontre l'application des mesures hygiéniques. Il faudrait aussi des autorités spéciales pour veiller à l'exécution de ces mesures.

Il propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

1° Que le gouvernement présente au Parlement un projet de loi sur la protection de la santé publique;

2° Que des agents spéciaux, relevant de la direction de la santé publique, soient chargés de veiller à l'application des lois sanitaires et d'en poursuivre, en cas de besoin, l'exécution devant les tribunaux.

Translucidité des tumeurs solides. — M. Poncet (de Lyon) a noté de la translucidité pour les lipômes de la main, de l'avant-bras, du pli de l'aine; il l'a observé aussi sur des chondromes du squelette ou des parties molles, sur des synovites tuberculeuses sans liquide. Ce signe ne peut donc guère servir pour établir la nature du contenu. Quant au liquide, il peut être sanguinolent et laisser passer la lumière.

— M. Rochard lit un rapport sur un travail de M. Hache *sur le traitement des abcès du foie.* (Ce travail a déja été analysé.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Angines infectieuses. — Pseudo-alopécie et eschares occipitales chez les enfants.*

M. Féréol présente l'observation d'un cas d'angine analogue, par son caractère infectieux, à celui que M. Hanot a présenté dans la dernière séance. Il s'agit d'un homme de 68 ans, qui fut pris d'une amygdalite intense avec phénomènes généraux assez inquiétants. Trois jours après, l'état de la gorge s'était bien amélioré, l'amygdale avait repris son volume normal, les ganglions sous-maxillaires n'étaient plus tuméfiés ni douloureux à la pression. La température était à 37°; mais le pouls battait encore 80 fois par minute; la faiblesse était très grande; en même temps, le malade était pris d'un hoquet continu, très fatiguant. Peu ou pas de toux, crachats visqueux et noirâtres. Pas de douleurs à la pression sur le trajet du phrénique.

Bientôt, à la base du poumon droit, matité sur une hauteur de trois travers de doigt, avec disparition du murmure vésiculaire et apparition à ce niveau d'un souffle doux. Dans la partie supérieure du poumon droit et dans le poumon gauche, quelques râles sous-crépitants fins disséminés. Douleur en ceinture assez vive. Donc, pleurésie droite et broncho-pneumonie double.

Les jours suivants, aggravation de l'état général; T. = 38°, P. = 100, ictère hémaphéique, matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate; pas d'albumine dans les urines. Mort neuf jours après le début de l'amygdalite.

Bien que l'autopsie et l'examen bactériologique aient fait défaut, on peut néanmoins conclure qu'il s'agissait bien d'une infection générale et que la porte d'entrée de l'agent infectieux a été l'amygdale.

— M. Rendu communique, lui aussi, un fait d'angine infectieuse présentant beaucoup d'anologie avec le cas de M. Hanot. Une femme de 47 ans, très bien portante antérieurement, est prise le 4 avril dernier d'une légère angine. Le lendemain, avec une fièvre modérée (39° et 100 pulsations), la malade est dans un état de prostration extrême. La gorge est légèrement rouge, les piliers et les amygdales à peine tuméfiés; la déglutition est cependant très douloureuse; la dysphagie devient presque complète. Le 6 avril, après une nuit agitée, l'état de la gorge semble meilleur, mais la douleur et la dysphagie n'ont pas diminué; la voix s'est voilée et les parties latérales du cou sont œdématiées. Ces signes sont dus à un phlegmon du tissu cellulaire péri-laryngien et péri-œsophagien. La dysphagie diminue un peu après l'application de glace et de sangsues. Le lendemain, une douleur très vive se montre à la base du cou, et le phrénique est douloureux sur tout son trajet. Le 8 avril, une quinte de toux spasmodique amène l'issue d'une cuillerée de pus phlegmoneux. Un court répit s'en suit; mais, dans l'après-midi, apparaissent des douleurs paroxystiques au niveau du diaphragme et de l'épigastre. La fièvre se rallume, la température est à 39°,5, l'état général est mauvais. Une observation

attentive montre que le phrénique et le pneumo-gastrique sont atteints; en effet, on note à la fois des désordres pulmonaires, cardiaques et gastriques; ces désordres s'accentuent encore le lendemain.

Du côté de la respiration, l'épigastre se soulève à chaque expiration et s'abaisse à chaque inspiration par un rythme inverse de celui de l'état normal. Il y a donc une paralysie du diaphragme. L'auscultation révèle en outre des râles fins aux deux bases et une diminution du murmure vésiculaire.

Du côté de la circulation, pouls fréquent, petit et inégal.

Du côté du tube digestif, ballonnement de l'estomac et de l'intestin.

Le phlegmon du tissu cellulaire péri-œsophagien a donc probablement déterminé une névrite du phrénique et du pneumogastrique.

Le 9 avril, l'état du cœur devient très inquiétant. Le pouls est à peine sensible et tout à fait incomptable; défaillances, lipothymies, syncopes, cyanose; la paralysie du diaphragme s'accentue, l'estomac rejette toutes les boissons.

Sous l'influence d'injections d'éther et de caféine, les signes alarmants de collapsus cardiaque disparaissent au bout de deux jours. Puis les autres accidents commencent à s'amender.

Aujourd'hui, la malade est guérie; mais elle est encore très affaiblie. La paralysie du pneumogastrique abdominal n'a disparu que très lentement, la respiration a pendant longtemps été faible et irrégulière, enfin la paralysie du diaphragme a duré plus de six semaines. La malade est très amaigrie et ses muscles se sont atrophiés comme si elle avait fait une maladie de six mois. Ceci démontre qu'il s'agissait bien d'une infection générale. A côté de la névrite du phrénique et du pneumogastrique due au voisinage du phlegmon des parties profondes du cou, on voit, en effet, un retentissement de l'affection sur tout l'organisme, qui a été aussi touché que par une fièvre typhoïde. Il est à remarquer cependant que les reins sont restés absolument indemnes et qu'il n'y a jamais eu d'albuminurie, ce qui a sans doute contribué pour une large part à l'issue favorable de la maladie.

— M. Variot : Les plaques d'alopécie au niveau de l'occiput sont fréquentes chez les jeunes enfants; elles sont ordinairement sans gravité; quelquefois cependant elles s'accompagnent de troubles de nutrition de la peau produisant des érythèmes et des eschares. Chez tous les enfants, les cheveux sont rares au niveau de la région occipitale. C'est aussi en ce point que siègent le plus souvent les plaques d'alopécie; on en voit aussi quelquefois au niveau des bosses pariétales. Elles se produisent surtout chez les enfants élevés au biberon, qui restent couchés sur le dos, mais elles peuvent s'observer chez les enfants nourris au sein et très bien soignés. Cette alopécie doit être regardée comme le premier degré d'altérations plus importantes, l'érythème et l'eschare. L'érythème peut être léger et passager; quelquefois cependant à son niveau on voit se produire des pustules d'impétigo, et il faut donner naissance à de petites eschares, ordinairement superficielles et ne dépassant pas la largeur d'une pièce de deux francs. Ces eschares se montrent chez des enfants atteints d'une affection aiguë ou chronique; M. Variot les a observées chez des petits athreptiques, tuberculeux ou broncho-pneumoniques. Elles ont, à ce point de vue, une certaine valeur pronostique. Elles ne s'accompagnent pas d'eschares sacrées.

L'examen à l'œil nu et à la loupe des plaques glabres montra qu'il s'agit d'une pseudo-alopécie et non d'une alopécie véritable; on peut en effet les voir couvertes de poils follets très courts, fins et très peu pigmentés; ils traversent l'eschare quand celle-ci s'est produite.

Au microscope, le cuir chevelu paraît sain; les follicules pileux ne sont pas modifiés. Le pronostic de cette pseudo-alopécie est donc bénin, les altérations ne portant que sur la flèche du poil.

Quelles sont les causes de la pseudo-alopécie des enfants? Parrot, Bouchut, etc. accusaient surtout les sueurs profuses. Mais elles n'ont probablement qu'une importance secondaire, puisqu'elles se produisent sur toute la tête et que les régions occipitale et pariétales sont seules atteintes. On a incriminé avec plus de raison les mouvements laté-

raux et les frottements répétés produits par le balancement; on trouve, en effet, à la périphérie des plaques, des cheveux cassés et comme usés; cependant les poils follets ne sont point cassés. La cause la plus importante est la pesanteur. La tête, dans les premiers mois qui suivent la naissance, est proportionnellement très lourde. Or, chez les enfants, surtout chez ceux qui sont élevés au biberon, la pression s'exerce d'une façon continue sur la région occipitale. De plus, les cheveux de cette région sont continuellement dépourvus de lumière, d'où probablement leur décoloration.

La pseudo-alopécie des enfants reconnaît donc des causes mécaniques et physiques. Elle ne pourrait être confondue qu'avec l'alopécie syphilitique qui s'en distingue par ses caractères et par son siège.

— M. Chantemesse : Le diagnostic de la pseudo-méningite hystérique n'est pas toujours facile ; la céphalagie, le ralentissement du pouls, les vomissements, les phénomènes oculaires, tous les signes de la méningite vraie peuvent en effet se produire. Or, il existe un procédé de diagnostic qui a déjà été appliqué à d'autres accidents hystériques, et qui a été imaginé par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. Pendant l'état de crise hystérique, en effet, ces auteurs ont trouvé d'importantes modifications dans les proportions de phosphates de l'urine : c'est ce qu'ils nomment « l'inversion de la formule des phosphates urinaires ».

M Chantemesse vient de retrouver ces mêmes modifications chez un jeune homme de 25 ans, qui avait eu antérieurement plusieurs crises nerveuses, et qui présentait les symptômes d'une méningite vraie; or, ce n'était réellement qu'une pseudo-méningite hystérique. Celle-ci peut donc être comparée à l'état de crise, et l'inversion de la formule des phosphates urinaires doit être regardée comme un de ses symptômes pathognomoniques.

FORMULAIRE

Traitement du vertige stomacal. — H. Leroux.

Si l'appétit languit, on prescrit de 1 à 4 gouttes de liqueur de Baumé à prendre avant le repas, ou 5 à 10 gouttes de teinture de noix vomique, ou bien encore 5 à 25 centigrammes d'extrait de la même substance. La macération de quinquina ou de quassia amara, la décoction de Colombo ou de gentiane peuvent aussi rendre des services. — Si la dyspepsie est de nature gastralgique, on administre des narcotiques avant le repas, et on pratique des révulsions à l'épigastre. — Aux rhumatisants à dyspepsie acide, Trousseau conseillait avant le repas, des paquets composés de : bicarbonate de soude, 1 gramme; craie préparée, 2 grammes; magnésie, 1 gramme; que l'on délayait dans l'eau. — Les préparations arsénicales réussissent parfois. Quant aux vertiges d'inanition, ils disparaissent souvent comme par enchantement, dès que l'on ordonne des aliments de facile digestion, tels que consommés, vins toniques et biscuits. — N. G.

COURRIER

La neuvième conférence transformiste aura lieu à la Société d'anthropologie, le jeudi 28 mai 1891, à quatre heures de l'après-midi.

M. le docteur Fauvelle, trésorier de la Société, traitera « Des transformations du règne végétal ».

— Un concours pour trois places de chefs de clinique médicale; une place de chef de clinique chirurgicale; une place de chef de clinique obstétricale; une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint des maladies mentales, des maladies cutanées et syphilitiques, des maladies nerveuses, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 22 juin 1891, à neuf heures du matin.

Le registre d'inscription sera clos le 14 juin 1891.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session extraordinaire pour le jeudi 28 mai 1891. La durée de cette session sera de huit jours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Au cours du voyage dans le Midi de M. le Président de la République les décorations suivantes ont été accordées :

Officier de la Légion d'honneur : M. Montaudon, administrateur des hospices de Limoges.

Chevaliers de la Légion d'honneur : M. Pario, du Muséum de Limoges; M. le docteur Garabian, conseiller général de Montauban; M. le docteur Rème, ancien maire de Montrejeau.

Officier de l'Instruction publique : M. le docteur Chéniex, professeur à l'École de médecine de Limoges.

Officier d'Académie : M. le docteur Escorne, adjoint au maire de Saint-Yrieix.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE MICROSCOPIE. — A l'occasion du troisième centenaire de la découverte du microscope, on organise une exposition historique internationale de tout ce qui se rapporte à cet instrument. Elle doit avoir lieu à Anvers, aux mois d'août et de septembre de cette année.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS. — M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a été entendu la semaine dernière par la commission de la Chambre qui est chargée d'examiner le projet Reinach, relatif à la révision de la loi de 1838 sur les aliénés. M. Monod a demandé à cette commission d'ajourner toute décision jusqu'à ce que le Conseil supérieur de l'Assistance publique ait été appelé à donner son avis sur cette question. La session réglementaire de ce conseil, qui devrait avoir lieu fin juin, va être avancée par le ministre de l'intérieur, afin qu'on puisse avoir plus rapidement la consultation sur la question des aliénés. La commission a décidé de déférer à ce désir, et en attendant, elle va entreprendre une enquête technique et notamment entendre les principaux médecins aliénistes. (*Progrès méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU LOIRET. — Cette Société, autorisée par arrêté du préfet, du 20 juin 1890, a déjà donné plusieurs séances. Elle a pour objet l'étude des sciences médicales et a son siège à Orléans, dans une des salles de l'hôtel de ville. Cette Société fera paraître, tous les six mois, un recueil de ses travaux. Président : le docteur Chipault; vice-président : le docteur Pilate; secrétaire général : le docteur Beaurieux; secrétaire des séances : le docteur Geffrier; trésorier-archiviste : le docteur Patay.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, le dimanche 31 mai, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alavoine (de Landerneau); Blum (de Rosheim); Chimiat (de Vigeois); Denouette (du Havre); Dhers (de Castanet); Feigneaux (de Bruxelles); Jean Jacob (de Sarreguemines); Lochmann (de Christiana).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Dans notre dernier *Bulletin*, nous avons dit que M. le professeur Gariel avait fait une heureuse alliance de la physique avec la chirurgie en donnant la signification diagnostique de la translucidité des tumeurs. M. le professeur Poncet (de Lyon) avait déjà eu la même idée, communiquée en 1888 à l'Académie. Comme tout s'oublie, personne n'avait songé à cette priorité, que M. Poncet a rappelée très à propos en communiquant de nouvelles observations à l'appui de la question.

— A la Chambre des députés de Prusse, MM. Graf et Virchow ont fait de nouveau l'un l'éloge, l'autre la critique de la méthode de Koch. On n'en a pas moins voté un crédit de 165,000 marks pour la construction d'un *Institut des maladies infectieuses* annexé à l'hôpital de la Charité de Berlin.

M. Virchow a surtout fait remarquer que le traitement de M. Koch et la subvention donnée à son Institut étaient bien supérieurs à ceux des autres professeurs et établissements. Les assistants de Koch auront des traitements que n'ont pas tous les professeurs ordinaires; celui de Koch lui-

FEUILLETON

CAUSERIE

Consummatum est! La Faculté de médecine de Toulouse a été inaugurée, et la presse médicale de Paris n'était pas représentée à cette cérémonie. Ce n'est pas notre faute; pas plus que celle de notre ami le docteur Caubet, doyen de la nouvelle Faculté. Sachant comment les choses s'étaient passées à Montpellier, aux fêtes du Centenaire, et à Bordeaux, j'avais indiqué à M. Caubet la marche à suivre pour inviter les représentants de la presse médicale parisienne à se rendre à Toulouse. M. Caubet a donc écrit à M. le docteur Cornil, président du syndicat de la presse parisienne, pour le prier de désigner les journaux auxquels devaient être envoyées les invitations, accompagnées d'un permis de circulation sur le chemin de fer de Paris à Toulouse et retour. Les journaux furent désignés, et chacun attendait le moment d'aller chercher dans le Midi la chaleur qui s'obstine à ne pas venir dans le Nord, lorsque, au dernier moment, un contre-ordre est arrivé à Paris; tous nos beaux projets étaient tombés dans la Garonne.

Voici d'ailleurs la note qui nous a été communiquée à ce propos par M. Cornil :

« L'assemblée de la Faculté vient de reconnaître qu'elle ne pouvait, faute de temps, organiser complètement une réception de la presse médicale; elle renonce à son projet et prie M. Cornil de faire agréer ses regrets aux membres du syndicat. »

même (20,000 marks) dépasse de beaucoup les appointements des fonctionnaires de l'Empire dont le rang est analogue au sien. Les frais matériels du nouvel Institut arrivent à un total à peu près égal à celui des subventions que l'Université tout entière reçoit chaque année pour ses recherches scientifiques. « Il est étrange, dit en terminant M. Virchow, que l'on regarde une pareille dotation comme nécessaire à un établissement dont la naissance est liée à une déception. Je souhaite néanmoins que les résultats que l'on y obtiendra répondent aux sacrifices et j'espère qu'après avoir été si généreux envers l'Institut Koch, on sera moins parcimonieux vis-à-vis des autres Instituts. »

Y a-t-il donc là-dessous une question d'Institut ou de coterie ? — L.-H. P.

Note sur un cas de gravelle phosphatique du rein gauche coïncidant avec de la gravelle urique du rein droit.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 mai 1891.

Par le docteur Gaston GRAUX,

Ancien interne des hôpitaux, médecin des Eaux de Contrexéville.

On admet généralement aujourd'hui que la gravelle phosphatique n'est pas diathésique et qu'elle n'est presque jamais la conséquence de la phosphature. Il n'y a guère que chez les enfants, soumis à un traitement excessif et prolongé par les phosphates, que cette gravelle puisse apparaître primitivement, sans lésion des voies urinaires.

Le plus ordinairement les phosphates se déposent dans les urines consécutivement aux lésions inflammatoires de l'appareil urinaire; si le sujet est encore jeune, c'est, le plus souvent, à la suite d'une cystite blennorrhagique et de la propagation de l'inflammation chronique aux voies supérieures (uretères et bassinets); si le sujet est plus âgé, la gravelle apparaît

---

Du moment où la Faculté nous fait des excuses!..... Cependant les excuses ne remédient à rien, et, comme le dit notre ami Marcel Baudoin dans le *Progrès*, il nous semble utile de faire remarquer que, si cette petite fête a eu lieu, elle n'a peut-être pas eu toute la portée et tout le retentissement qu'elle méritait, par suite des malentendus sur lesquels nous n'avons pas à insister ici. Peut-être y a-t-il autre chose, par exemple une grande désunion entre les médecins de Toulouse qui n'appartiennent pas à la Faculté et ceux qui en font partie. On en trouverait facilement la preuve en parcourant les journaux de médecine de l'endroit qui, du reste, paraît-il, n'ont pas non plus été conviés officiellement à l'inauguration de la Faculté. Allons, messieurs du Midi, du calme! comme disait ce bon Tartarin.

*
* *

Si les représentants de la justice sont quelquefois féroces, ou tout au moins indifférents envers les médecins, ils ne font pas fi des données médicales quand celles-ci peuvent être utiles à leurs *considérants*. Il s'agit, dans l'espèce, de la miction. Tout le monde a pu voir à l'étalage des marchands d'estampes une petite gravure dont la légende est : « *Nécessité n'a pas de loi* ». Néanmoins, une demoiselle X....., surprise en flagrant délit au moment où elle expulsait le superflu de la boisson, comme sur l'image, fut traduite devant les tribunaux et jugée. Mais, de même que le costume peut accuser les formes d'une jolie femme sans les condamner (de Porto-Riche, l'*Amoureuse*), de

comme une complication des troubles de la miction : il en est ainsi chez les vieux rétrécis et les vieux prostatiques.

Pour ces deux catégories de malades, on a pensé, pendant un certain temps, que l'altération d'urine nécessaire à la précipitation des phosphates ne se produisait qu'après un cathétérisme avec des instruments malpropres. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, les accidents de pyélonéphrite par propagation ascendante de la cystite ne surviennent qu'après une intervention, mais il faut, pour cela, que les voies soient préparées par la rétention et la surdistension, c'est-à-dire que les uretères soient dilatés et communiquent largement avec la vessie, et, dans ces cas, il n'est pas établi que ces accidents soient dus à l'introduction de germes venus de l'extérieur; car, d'une part, on a vu ces accidents apparaître malgré les précautions les plus rigoureuses d'antisepsie, et, d'autre part, il existe, comme dans le cas que je vais vous soumettre, des faits où des fermentations locales, se produisant au niveau de la muqueuse irritée par des stagnations locales, et sans aucune intervention extérieure ou simplement sous l'action d'un refroidissement (pyélite *a frigore*), ont déterminé la précipitation des phosphates par le contact de l'urine avec les chlorures de l'économie et formé ainsi des inscrustations calcaires et des graviers dans des loges de la vessie ou dans des espaces entre colonnes ou dans les uretères dilatés ou enfin dans les bassinets.

Ces fermentations locales sont singulièrement favorisées par l'état alcalin des urines, et c'est ainsi qu'on a pu dire que le traitement de la gravelle urique par les eaux alcalines fortes et les médicaments alcalins transformait la gravelle urique en gravelle phosphatique.

Il y a, à cet égard, de grandes susceptibilités individuelles et la facilité que présentent certaines urines à devenir rapidement alcalines, sous l'influence du moindre médicament, constitue une prédisposition à cette transformation phosphatique par les alcalins.

Pour que la gravelle phosphatique se substitue à la gravelle urique chez un vieux graveleux urique, il faut donc deux choses :

---

même un magistrat peut juger une accusée et l'acquitter. Mais le jugement est tellement joli que je ne puis résister au désir de le citer ici.

Attendu que la demoiselle X... est prévenue d'avoir commis une contravention à l'article Ier de l'ordonnance de police du 23 février 1850; — attendu que, le fait matériel étant constant et reconnu, il reste à examiner si « par suite d'une nécessité absolue » la prévenue n'a pas été forcée d'agir comme elle l'a fait, s'il n'y a pas là un cas de force majeure de nature à faire disparaître la contravention; — attendu que si, dans les rues de Paris, les hommes trouvent toutes les facilités pour satisfaire les besoins que la nature leur impose, il n'en est pas de même pour les femmes; — que, sans parler des chalets de nécessité où se paie une rétribution, les hommes ont à leur disposition de nombreuses vespasiennes où il leur est permis d'entrer gratuitement, qu'ils peuvent également s'arrêter à des endroits désignés à cet effet le long des murs des monuments publics; — que les femmes n'ont, au contraire, aucun emplacement qui leur soit réservé; — que, d'un autre côté, la pudeur naturelle à leur sexe leur interdit l'accès des endroits réservés aux hommes; — que, si un certain nombre de femmes peuvent se donner le luxe d'entrer dans les chalets de nécessité, celles qui ne le peuvent n'en sont pas moins soumises aux mêmes exigences; — que, si ces dernières, prises d'un besoin pressant que la nature les met dans la nécessité absolue de satisfaire, n'observent pas strictement les prescriptions de l'ordonnance du 23 février 1850, elles ne commettent pas nécessairement pour cela une contravention; — attendu que l'article Ier de cette ordonnance ne saurait être interprété autrement sans inconvénient pour la santé

1° Il faut qu'il se soit produit des troubles de la miction entraînant, soit une stagnation partielle, vésicale, uretérique ou pyélique, soit une stagnation vésicale générale avec toutes ses conséquences et ses retentissements sur les uretères, les bassinets et les reins;

2° Il faut que, soit par une altérations de l'état général, soit par une médication intempestive, l'alcalinité des urines se soit établie.

Autrement, il est exceptionnel de voir la gravelle urique se transformer de cette façon.

L'observation suivante, où l'on trouve la coexistence des deux gravelles chez le même malade m'a semblé un exemple capable de faire voir à la fois l'influence dangereuse d'un traitement alcalin mal approprié et de démontrer en même temps la possibilité de l'origine interne et locale de la gravelle phosphatique par fermentation dans un point isolé du bassinet; elle vient complètement à l'appui des travaux remarquables de notre collègue Reliquet, sur les stagnations d'urine et les fermentations locales. A tous ces égards elle m'a paru intéressante à rapporter.

M. X..., que j'ai soigné pour la première fois en 1887, venait à Contrexéville depuis plusieurs années; auparavant il était allé régulièrement faire tous les ans, pendant une quinzaine d'années, une saison à Vichy.

Dans les antécédents de ce malade, on ne trouve que des manifestations arthritiques.

M. X... est très fort, très grand, robuste, il a un peu d'embonpoint. Il avait autrefois le visage coloré, il a maintenant le teint pâle et un peu terreux. Il a toujours transpiré facilement, a eu des hémorrhoïdes qui ont beaucoup saigné, mais qui, aujourd'hui, le laissent tranquille. Il a été migraineux, a eu des sciatiques, des lombagos, des maux de gorge fréquents. Depuis quelques années, il s'enrhume facilement. On trouve, à l'auscultation, de l'emphysème. Rien au cœur. M. X... a aujourd'hui 50 ans.

Au point de vue urinaire, notre malade n'a pas de rétrécissement; et ceci, on peut l'affirmer, bien qu'il n'ait jamais été sondé, à la vue des volumineux graviers qu'il rend facilement.

Depuis plusieurs années, il urine très souvent dans le jour (toutes les heures environ

---

publique; — attendu que, dans les circonstances spéciales de l'affaire, la prévention n'est pas établie.

Pour ces motifs, renvoie la demoiselle X... de la prévention sans amende ni dépens.

C'est trop joli pour être vrai, quoique vraisemblable. Je soupçonne l'auteur de l'article, M. B... du *Progrès,* d'avoir inventé ces considérants pour servir d'appui à la thèse qu'il soutient, à savoir : que les municipalités devraient installer dans les rues des vespasiennes gratuites à l'usage des femmes. Il a mille fois raison, et s'il a inventé ce moyen d'attirer l'attention sur cette question, franchement on ne saurait lui en vouloir.

***

Il n'y a pas que dans l'armée allemande que les sévices corporels sont en usage, les médecins allemands eux-mêmes semblent prendre à tâche d'imiter les officiers et de corriger leurs malades récalcitrants avec le bâton. Seulement, l'impunité n'est pas la même dans les deux cas. Le directeur d'une maison de santé, le docteur K... (de Francfort), vient de se voir accorder six mois de prison à la suite de brutalités odieuses exercées sur ses malades.

Ce confrère, qui faisait ses visites armé d'un gourdin en caoutchouc, se servait journellement, paraît-il, de cet instrument de thérapeutique extra-classique pour entreprendre la cure de ses pensionnaires. On lui reprochait, en outre, des sévices non moins graves. C'est ainsi que des témoins ont pu établir, entre autres faits, que l'inculpé

et assez abondamment), mais il ne se lève qu'une seule fois la nuit. Ce n'est donc pas un prostatique.

La première colique s'est produite en 1865. Elle a été violente et s'est terminée par l'expulsion d'un gravier rouge vu par Mialhe et reconnu par lui comme composé d'acide urique et d'urates. Cette première colique avait été à gauche. Il y eut des urines noires, des épreintes, etc. En somme, tout le syndrôme connu sous le nom de « colique néphrétique », à l'exception des vomissements.

C'est à la suite de cette colique que M. X... fut envoyé à Vichy, où il est retourné tous les ans jusqu'en 1882.

A Vichy, surtout au début, notre malade qui, comme je l'ai dit, est très robuste, a bu beaucoup d'eau. Dans l'intervalle des saisons, il a fait aussi très souvent usage d'eau de Vichy.

Depuis cette époque, M. X... a eu de très nombreuses coliques néphrétiques, si nombreuses qu'il lui serait absolument impossible de les compter. Elles ont toutes été à gauche.

En moyenne, il y a eu plus de trois coliques par an, et, comme cela s'observe ordinairement, elles sont devenues de moins en mois douloureuses. Depuis quelques années, le rein droit a été pris quelquefois,, mais rarement (une dizaine de fois tout au plus). De ce côté, les coliques sont restées très douloureuses.

Dans la collection très abondante de graviers que me montre M. X... (et il n'en a qu'une faible partie), il y a de gros graviers blancs et de petits graviers rouges. Il est bien certain que les premiers graviers rendus ont été rouges; Mialhe a constaté leur composition d'acide urique; mais M. X... m'affirme que, depuis ces dernières années, il en rend tantôt des rouges, tantôt des blancs; il m'est impossible de savoir d'une façon très précise si les graviers phosphatiques succèdent aux coliques d'un côté et les uriques à celles de l'autre côté. Le malade n'a rien noté de bien positif à ce sujet. Je lui recommande de mettre à l'avenir séparément les graviers expulsés après chaque colique et en notant le côté atteint.

Les urines présentent les particularités suivantes : La quantité est normale, environ 1,500 grammes pour les vingt-quatre heures; la densité de 1,024; la réaction neutre; la couleur ambrée; la limpidité, après repos, est parfaite. La quantité d'urée des vingt-quatre heures est de 22 grammes.

Le dépôt est abondant, blanc laiteux, non filant, léger, composé presque exclusive ment de cristaux de phosphate terreux et de phosphate ammoniaco-magnésien. Le

---

faisait parfois attacher ses malades à leur lit pour pouvoir mieux leur administrer la bastonnade sur la plante des pieds. Un d'entre eux serait même mort des suites de ce traitement. Une autre fois, K... poussait avec tant de violence une femme de son établissement, que celle-ci allait se heurter la tête contre une muraille, se produisant ainsi de graves conclusions du cuir chevelu. K... avait essayé de prouver à ses juges que l'usage du bâton possédait des vertus thérapeutiques réelles dans certaines maladies, mais les experts appelés à témoigner n'ont pas été tout à fait de cet avis. D'où la condamnation. (*Province médicale.*)

***

Moins sauvage est la médecine qui se sert d'un procédé destiné à tromper les indigènes de l'Afrique. Le *Temps* rapporte qu'un explorateur africain, M. Glave, avait dans l'équipage de son canot un jeune homme qui passait pour un *ngany* (sorcier) du plus grand avenir. Se trouvant seul avec lui, il lui posa quelques questions sur son métier de féticheur et ne tarda pas à lui faire avouer qu'il n'avait personnellement aucune foi à ses propres sortilèges. Son prestige reposait en grande partie sur une corne d'antilope qu'il portait suspendue au col et qui possédait la propriété, quand elle était posée sur le bras d'un malade, d'annoncer si la maladie serait mortelle ou non. En cas d'affirmative, la corne restait silencieuse; si la guérison devait se produire, la corne faisait entendre un sifflement. M. Glave se prêta à l'expérience et put lui-même vérifier le fait : la corne

point le plus frappant, c'est l'absence totale d'odeur fétide ou ammoniacale, et le très petit nombre de globules de pus; on n'en trouve presque pas. Ni sucre ni albumine.

Déjà, pendant cette saison 1887, la question de l'origine des graviers semble faire un pas. Au milieu de la cure, M. X... est pris d'une assez vive douleur à droite qui dure deux jours, et il m'apporte un gravier rougeâtre composé d'acide urique et d'urates. Les urines sont brunes, un peu acides et ne contiennent que des globules rouges, pas trace de pus.

En dehors de cette colique, mon malade me montre, pendant sa saison, à plusieurs reprises, des sables blancs plâtreux, des graviers blancs, et, enfin, des mucosités sanguinolentes chargées d'incrustations calcaires qu'il rend presque chaque jour, avec très peu de douleurs; toutefois les mucosités sont toujours plus douloureuses que les petits corps solides; toutes ces coliques étaient à gauche.

A partir de septembre 1887, M. X... eut beaucoup moins de coliques et passa un très bon hiver. Aussi, à son retour, en 1888, mon malade me résumait son état en me disant qne, depuis le traitement de Contrexéville, il rendait beaucoup moins de graviers blancs qu'auparavant, et qu'il avait beaucoup plus de forces et de courage.

Dans l'intervalle des saisons, M. X... prend de l'acide benzoïque et des capsules d'Huile de Harlem.

En 1889, M. X... arriva très malade à Contrexéville. Il s'était surmené tout l'hiver, étant extrêmement occupé, et était allé, dans ces mauvaises conditions, à l'Exposition où il s'était beaucoup fatigué. Il avait des maux de reins, un peu de fièvre, une stomatite aphtheuse très confluente; les urines très rares, la langue rouge sur les bords, très épaisse, jaune, saburrale au milieu. En somme, les symptômes d'un empoisonnement par insuffisance urinaire et rétention des matériaux extractifs de l'urine.

Il m'apportait deux séries de graviers : deux petits graviers rouges rendus à la suite d'une colique violente à droite survenue au mois de janvier 1889 et ayant évolué en deux crises, l'une de trente-six heures et l'autre de seize heures, et un certain nombre de graviers blancs, volumineux, rendus à la suite de coliques légères à gauche. Le fait était donc bien établi. Les graviers phosphatiques venaient du rein gauche, les graviers uriques du rein droit.

Je dus soumettre M. X... au régime lacté absolu; puis, lorsqu'il fut un peu remis, il fit sa saison, tout en continuant le lait, et partit à peu près bien portant.

Les urines, sous l'influence du régime lacté et de l'eau de Pavillon, s'améliorèrent rapidement; elles devinrent abondantes, continrent, au bout de quelques jours, jusqu'à

---

placée sur sa main fit entendre un sifflement prolongé. Il pria naturellement le féticheur de lui expliquer le mystère, l'autre résistait, ne voulait pas communiquer gratis un secret aussi précieux. Enfin, le don d'une bouteille vide triompha de ses scrupules. Il tira de son nez une graine perforée de deux trous et montra comment il s'en servait pour produire à volonté le sifflement qui semblait sortir de la corne. Un moyen de ce genre, déclara-t-il à M. Glave, suffisait à faire très rapidement la fortune de son homme.

*
* *

Evidemment ce moyen d'attirer la clientèle est excellent, mais il ne vaut pas celui que vient d'indiquer le *Gil-Blas* et qui a été employé par une.... cocotte, comme on disait autrefois. Aujourd'hui on dit *momentanée*. Eh bien, elle vient de se faire une jolie réclame, la mâtine.

« Nous avons assisté hier, dit la joyeuse feuille, à une cérémonie qui, pour être triste, n'en rentre pas moins dans la cadre de la haute noce parisienne.

« Marie Laroche, la demi-mondaine bien connue, qui dernièrement encore représentait dans la revue du Casino le joyeux Moulin-Rouge, a été opérée par le docteur X...; nous n'irons pas jusqu'à nommer l'organe dont le célèbre praticien a fait l'ablation; qu'il nous suffise de dire que c'est celui que Jack l'Eventreur se plaisait à extraire à ses victimes. La pauvre Marie a subi avec une grande énergie cette épouvantable mutilation et elle faisait encore un bel effet plastique, endormie sur la table de l'amphithéâtre.

25 grammes d'urée par litre, et, chose curieuse, des cristaux d'acide urique dans le dépôt, en même temps que des phosphates ammoniaco-magnésiens.

M. X... continua le régime lacté pendant tout l'hiver 1889.

A son retour, en 1890, il me disait qu'il avait eu une colique néphrétique à droite suivie de l'expulsion de graviers rouges; puis, peu de temps après, une seconde colique absolument semblable et qu'il n'avait jamais autant souffert que dans ces deux coliques.

Entre temps, il a eu plusieurs coliques légères du rein gauche. Il a rendu des graviers phosphatiques, des sables blancs et des glaires. A la suite d'une plus forte colique à gauche, il a eu une nouvelle poussée de stomatite aphtheuse et des urines très rares pendant plusieurs jours.

Les urines continuent à être ambrées, taansparentes, non fétides, de réaction neutre ou alcaline, d'une densité de 1020, formant, après repos, un dépôt blanc, léger, laiteux, non condensé, composé de très rares globules blancs et presque exclusivement de phosphates ammoniaco-magnésiens et de phosphates terreux.

En résumé, voilà un malade qui n'a jamais été sondé, qui n'a jamais eu de trouble de miction produisant la stagnation générale d'urine, et qui fait des graviers phosphatiques dans un bassinet, tandis que l'autre forme des graviers uriques. J'ajoute que la vessie de M. X... se vide bien, car ses graviers n'y séjournent pas et sont expulsés aussitôt après leur migration à travers l'uretère.

Il faut donc admettre que, dans le bassinet gauche, il y a un point lésé, une sorte de loge où s'établit la stagnation partielle et où la muqueuse est irritée, et que, sous l'influence des fermentations locales facilitées par un traitement alcalin intense, les phosphates se sont déposés. Chez ce malade, les eaux alcalines ont donc produit un effet désastreux.

A ce propos, il me semble qu'on doit établir, entre les sujets affectés de gravelle urique, différents types de malades qui supportent différemment la cure alcaline.

Les uns produisent de l'acide urique en excès considérable, ont les urines très acides, sans traces de muco-pus, et rendent des quantités extraordinaires de sables rouges. J'en connais, pour ma part, un certain nombre,

---

« A sa demande, des instantanées ont été prises au moment de l'opération et quelques clichés ont été assez réussis; ils seront distribués aux intimes. Nous les avons tenus entre les mains et ils sont vraiment très curieux. Outre le docteur X..., on peut voir groupés autour de la malade MM. A, B, C, D et les nombreux élèves du service de l'illustre maître. L'opération n'a pas duré moins d'une heure et demie et a parfaitement réussi.

« Comme la gaîté ne perd jamais ses droits, Marie Laroche, quelques instants avant d'être transportée à l'amphithéâtre, nous disait : « Je n'ai pas hésité à demander à être opérée ici, d'abord à cause du docteur X..., et puis le nom de l'hôpital m'a tentée; vous comprenez, l'hôpital *cinq louis.* »

***

Un joli sonnet de Camuset pour finir, voulez-vous? Ça s'appelle la *Blennorrhagie.*

Dieu qu'il a l'air farouche et qu'il fait mal à voir!
Ecumant et meurtri comme un loup pris au piège,
En ses flancs déchirés grince un fer de rasoir.
Qui l'abreuve? Chopart. Et qui le nourrit? Mège.

Eux cependant, blottis au fond du suspensoir,
Dont le souple réseau les berce et les protège,
Pareils à deux oiseaux frileux fuyant la neige,
Ils reposent et rien n'émeut leur nonchaloir.

que je suis depuis des années, et qui font sortir, après chaque miction, des flots de sables rouges, en pressant sur l'urèthre d'arrière en avant. Cependant ils n'ont jamais fait de graviers.

D'autres font constamment du sable et, de temps en temps, des graviers; leurs urines sont aussi très acides.

D'autres ne rendent que peu de sables rouges, presque pas; ils rendent plutôt des urates. Ils présentent une incroyable facilité à former des graviers, sans émettre de gravelle. Ils ont des urines peu acides et qui perdent très facilement cette acidité sous l'influence d'alcalins faibles, même par le simple usage de certains légumes ou de certains fruits, ou de certaines tisanes dites diurétiques. On dirait que tout l'acide urique qu'ils font s'agglomère et s'accole dans une loge du bassinet. Chez ceux-ci, il est probable qu'il existe déjà à ce moment une altération de la muqueuse du bassinet et des sécrétions de cette muqueuse. Leurs graviers sont plus souvent composés d'urates que d'acide urique pur; ils contiennent souvent des oxalates.

Chez les premiers, le traitement par les alcalins réussit bien; ceux ci font disparaître les sables uriques en les dissolvant et sans produire trop facilement l'alcalinité des urines. Tandis que, chez les derniers, j'ai toujours constaté de mauvais résultats à la suite des préparations et des eaux alcalines. J'ai d'assez nombreux faits de malades qui, envoyés à ces eaux avec des graviers uratiques, revenaient, après plusieurs saisons, quelquefois après une seule, avec une transformation totale de leur gravelle urique en gravelle phosphatique.

C'est ce qui est arrivé dans le cas de M. X... Il avait des graviers uriques et peu de sables; il va à Vichy, boit beaucoup d'eau. Et, dans le bassinet où se formaient auparavant ses graviers uriques, les fermentations s'établissent sous l'influence de l'alcalinité des urines. Comme conséquence de cette pyélite localisée, il fait des graviers phosphatiques et des mucosités chargées de calcaire; de ce côté, la gravelle blanche est instituée pour la vie. Plus tard, l'autre rein, qui était resté indemne jusque-là, forme des

---

Ne rappellent-ils pas, tant leur retraite est douce,
Acis et Galatée, endormis sur la mousse
Dans la grotte qui vit leurs amours; et, sur eux,

La main crispée au sol, le cyclope hideux
Penchant son œil unique où la rage impuissante
Fait lentement couler une larme brûlante.

SIMPLISSIME.

SIROP ANTISTRUMEUX. — Monin.

Extrait de gentiane	4	grammes.
Chlorure de sodium	3	—
Iodure de sodium	2	—
Sirop de brou de noix	200	—

Faites dissoudre. — Pour combattre la diathèse scrofuleuse, on fait prendre chaque matin, à un enfant de moins de 2 ans, une cuillerée à café de ce sirop. — Tous les deux jours, bain tiède additionné de 750 grammes de sel de cuisine, et de 50 grammes de sel ammoniac. — N. G.

graviers à son tour; ils sont d'acide urique, parce que la même influence n'existe plus. M. X... a modifié son traitement.

Je puis dire qu'après dix années de pratique à Contrexéville, où il m'a été permis de suivre des centaines et même plus d'un millier de graveleux uriques, je n'ai jamais vu cette transformation (en dehors des cas où la stagnation amène des altérations des urines avec ou sans intervention) se produire chez les malades qui se soumettent à notre traitement et s'abstiennent d'alcalins sous quelque forme que ce soit.

REVUE DES CLINIQUES

Du rachitisme, par M. le professeur Cornil (1). — Le rachitisme est une affection du système osseux en rapport avec la croissance. Il apparaît, en général, dans le très jeune âge, vers le cinquième ou le sixième mois, ou dans le cours de la deuxième année; sa durée est très longue et les déformations qu'il amène durent toute la vie. Pour expliquer son apparition, on a incriminé le sevrage prématuré et le sevrage tardif; on a dit que les enfants trop tôt privés de lait n'étaient pas en état de s'assimiler d'autres aliments, tandis que ceux que l'on sevrait trop tardivement ne trouvaient pas dans le lait tous les matériaux nécessaires à leurs besoins.

Le ramollissement des os est dû à la diminution des sels terreux qui entrent dans leur composition.

On doit donc se demander s'il s'agit d'une insuffisance d'apport des sels calcaires ou d'un vice de la digestion qui s'oppose à leur absorption.

Les rachitiques, au lieu de fixer les phosphates dans les os, les éliminent par les urines, et cela, a-t-on dit, parce qu'ils ont de l'acide lactique dans le sang; c'est ce qui semblerait résulter des expériences de Teissier (de Lyon).

Dans le rachitisme, la quantité de phosphate contenue dans les os peut être réduite d'une façon considérable; elle est à l'état normal de 63 p. 100, tandis qu'elle peut descendre à 20 p. 100.

On croit généralement que ce vice de nutrition est sous la dépendance d'une alimentation défectueuse, mais on est loin d'être d'accord sur la nature même de ce défaut d'alimentation. Certains, même, soutiennent que l'alimentation est sans influence, car les expériences sont contradictoires.

Pour M. Bouchard, les phosphates sont décomposés par le suc gastrique et transformés en chlorures et en carbonates; l'acide phosphorique mis en liberté se combine à l'état naissant avec la glycérine provenant de l'action du suc pancréatique avec les graisses et donne de l'acide phospho-glycérique. Ce dernier s'unit à la chaux pour donner naissance à des phosphates trébasiques, et c'est sous cette forme que les phosphates seraient absorbés. La cause réelle du rachitisme résiderait principalement, dès lors, dans un défaut de fonctionnement de l'estomac et du pancréas, bien plus que dans la qualité des aliments.

Au point de vue de la description anatomique, on peut distinguer trois périodes : période de début, période de déformation, période de réparation.

La période de début est marquée par des modifications du côté des cartillages épiphysaires. Si on considère un os long à ce niveau, on voit là un épaississement en forme de nouure avec agrandissement dans tous les diamètres de la zone d'ossification; cette zone qui, à l'état normal, mesure 1 millimètre environ d'épaisseur, atteint, dans le rachitisme, jusqu'à 1 centimètre et plus; d'autre part, au lieu d'être limitée par des bords parallèles, elle présente des irrégularités, des bosselures. L'ongle s'enfonce facilement dans ce point.

La zone de rivulation normale devient très irrégulière, la disposition des cellules de cartilage en séries est beaucoup moins nette; au niveau des grandes cavités, les capsules

(1) Résumé d'après la *Semaine médicale*.

mères ne se dissolvent pas; les cellules filles restent aussi enveloppées de leur capsule. La substance cartilagineuse anhyste est parsemée de nombreuses capsules contenant une seule cellule à protoplasma plus ou moins contracté ou de capsules mères contenant une ou deux capsules filles. Autour des capsules non dissoutes, on observe quelques granulations de sels calcaires; enfin, à ce même niveau, on trouve toujours de gros vaisseaux dans le cartilage. Ce tissu cartilagineux envoie du côté de la diaphyse des prolongements irréguliers qui peuvent même s'isoler.

Dans les cavités médullaires, on trouve un tissu fibreux parcouru par des vaisseaux dilatés et contenant quelques cellules embryonnaires. Les travées qui tiennent la place du tissu osseux sont constituées par des cellules cartilagineuses ratatinées et par des cellules de tissu conjonctif incluses dans des cavités limitées par une incrustation calcaire incomplète.

Le tissu osseux rachitique diffère du tissu vrai, d'abord parce qu'il n'est pas disposé en lamelles concentriques, et, de plus, parce qu'il ne renferme pas d'ostéoplastes.

Ces modifications s'observent dans la diaphyse tout entière. Les canaux de Havers sont très dilatés, remplis de moelle cellulaire, bordés par une zone fibreuse. Les vaisseaux des cavités médullaires sont volumineux, leurs parois sont minces et souvent il se fait des hémorrhagies. A côté de ce tissu rachitique on distingue encore des lamelles osseuses anciennes présentant souvent des encoches à leur surface.

Le périoste est très épaissi; entre cette membrane et l'os on trouve des cellules conjonctives allongées ou fibro-plastiques, puis vient une zone de tissu osseux rachitique dans laquelle les travées, au lieu d'être parallèles à la direction de l'os, sont, au contraire, tantôt perpendiculaires, tantôt obliques; c'est le tissu osseux rachitique développé aux dépens du périoste; il est tout à fait comparable, comme structure, à celui qui confine à la zone d'ossification à la limite de la diaphyse. Dans le canal médullaire, la moelle devient fibrillaire et même fibreuse; il y a une calcification spéciale qui n'est qu'une ossification incomplète.

Au milieu de tout cela on trouve toujours des portions d'os anciens ramollies; la vascularisation y est plus considérable que dans l'os normal.

L'os ramolli se plie, se courbe en différents sens, soit sous l'effet de la pesanteur, soit sous l'influence de l'action musculaire. Parmi les déformations les plus importantes sont celles de la colonne vertébrale. qui sont tantôt latérales, tantôt antéro-postérieures, tantôt en forme d'S; elles sont toujours arrondies.

Assez souvent on observe des fractures, surtout au niveau des os longs. L'os rachitique étant mou, enveloppé d'un périoste épais, les fragments ne se séparent pas, c'est une fracture intra-périostique ou plutôt une pliure, une coudure à angle obtus ou à angle droit. Au niveau de la pliure, le canal médullaire a disparu, les deux lames de tissu ancien qui le bordaient, rapprochées et en contact, se sont soudées et sont recouvertes, du côté de l'angle saillant, par la face du tissu osseux rachitique, dont les dimensions ne sont pas notablement modifiées. Du côté de l'angle rentrant, au contraire, cette même zone est notablement épaissie, et c'est uniquement à ses dépens que se fait la consolidation de la fracture, c'est-à-dire aux dépens d'un tissu osseux rachitique développé sous le périoste de cet angle rentrant. Au niveau des cals de ce genre, on trouve parfois des îlots cartilagineux ayant l'aspect du cartilage rachitique.

A la période d'état du rachitisme succède une période de réparation dont le mécanisme anatomique est mal connu. Peut-être y a-t-il simple apport de sels calcaires et calcification du tissu osseux rachitique. Il est plus probable qu'il apparaît dans les lames une moelle osseuse normale, et que l'ossification nouvelle se fait par un mécanisme analogue à celui de l'ossification physiologique.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose ou hypohématose, par le docteur E. Maurel. — Paris, O. Doin, 1890.

L'auteur a découvert un nouveau procédé de mensuration de la poitrine à l'aide du

stéthographe, appareil composé d'une lame de plomb de 25 millimètres de large, de 2 millimètres d'épaisseur et de 55 centimètres de long que l'on place dans une gaine, sur laquelle se trouve une graduation métrique, puis d'un compas d'épaisseur et enfin d'un papier métrique sur lequel est reporté le graphique obtenu par la mensuration de la poitrine.

A l'état normal, il faut à l'homme adulte 3 centimètres carrés de section thoracique pour 1 centimètre de taille et 8 centimètres carrés de la même section par kilogramme de poids du corps.

Au-dessous de ces dimensions, il y a étroitesse du thorax et insuffisance de l'hématose; pour combattre les accidents qui pourraient en être la conséquence, M. Maurel conseille de prescrire une gymnastique respiratoire par des mouvements silencieux, des exercices oraux, etc. — P. N.

Exercices pratiques de physiologie, par Léon Frédéricq, professeur à l'Université de Liège. — Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Nous tenons à signaler ce petit volume destiné à servir de guide aux étudiants en médecine qui suivent les exercices pratiques de physiologie. Il ne peut que préparer très utilement les élèves à travailler sous la haute direction de M. Laborde, en leur permettant de prendre connaissance à l'avance des manipulations les plus difficiles. Un certain nombre de ces exercices peuvent du reste être répétés avec un laboratoire insignifiant ou dans ceux qui existent actuellement dans beaucoup de services d'hôpital. L'étudiant trouvera le plus grand profit à les exécuter. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Ponction directe du poumon en cas d'hémorrhagie. (*Scalpel*, 1891, 29.) — Dans des cas très graves d'hémorrhagie pulmonaire, quand tous les moyens usités ont échoué, Ch. Simpson recommande, comme dernier refuge, de ponctionner directement le poumon, pour le débarrasser du sang accumulé. On se servirait d'une aiguille de fort calibre et d'un appareil aspirateur. L'aiguille devrait être enfoncée en arrière, à la hauteur du neuvième espace intercostal, ou plus bas, mais pas plus haut. Dans quatre cas tout à fait désespérés, l'auteur a appliqué cette méthode et a soutiré chaque fois 12 onces (360 grammes) de sang.

Les quatre malades sont morts, mais, chez trois, l'asphyxie imminente a été écartée, et une amélioration passagère eut lieu. L'auteur croit que, si on appliquait cette méthode assez tôt, on pourrait sauver les malades. Les épanchements considérables dans la plèvre sont une contre-indication. Aussi doit-on s'assurer d'abord, par une piqûre, que les plèvres sont libres. Si on prend toutes les précautions, on n'aura ni hémo, ni pneumothorax, mais seulement une légère pleurésie locale. — P. N.

L'hydrastis canadensis dans la phthisie (*Revue de thérapeutique*, 1891). — Jusqu'à présent on ne connaissait guère d'applications de ce médicament en dehors de certaines hémorrhagies et principalement des métrorrhagies. Or, voici qu'un médecin américain, Judson Palmer, déclare l'avoir employé depuis trente ans sur les surfaces muqueuses enflammées et principalement dans les états inflammatoires du pharynx. Il a trouvé de même l'hydrastis efficace dans le traitement de la bronchite s'il est possible de l'appliquer directement sur la muqueuse enflammée. En conséquence, depuis environ quatre ans, il a administré l'hydrastis en inhalations sous forme de vapeurs. Les résultats ont été très satisfaisants. L'auteur a alors employé l'hydrastis dans un cas de bronchite compliquée d'hépatisation chronique et fut surpris de trouver que non seulement la bronchite, mais aussi la lésion pulmonaire avait disparu. Plus de trois ans, il l'a employé dans les différents degrés de la phthisie et son expérience lui a démontré, dit-il, sa remarquable efficacité quand il est employé à propos et avec persévérance. Le premier mois de traitement les sueurs nocturnes disparaissent ordinairement, la toux, l'expectoration sont diminuées beaucoup; le patient a un meilleur appétit et gagne des forces.

Des résultats encore meilleurs sont obtenus en combinant l'hydrastis avec le chlorure de sodium, dans la proportion d'une partie de l'extrait fluide d'hydrastis à trois parties d'une solution de sel. — P. N.

La chylurie dans les abcès du foie (*La Presse médicale belge,* 1891). — Le docteur Buisseret vient de publier une brochure sur la valeur diagnostique de la chylurie dans les affections hépatiques. Nous en extrayons les conclusions les plus importantes.

L'analyse urinaire, dans le cas d'abcès hépatique, a été négligée jusqu'à ce jour, au point de vue de la chylurie.

Il y aurait lieu d'y recourir quand on suppose cette affection.

La chylurie, si elle existe dans le cas de suppuration prolongée, de phthisie, est rare. La présence de granulations graisseuses dans l'urine est plutôt due alors à une altération rénale secondaire.

Elle se rencontre, non seulement dans les maladies des voies réno-vésicales, hémato-parasitaires, lorsque des troubles circulatoires se produisent dans la circulation lymphatique (par embolie graisseuse ou fistule) et dans les maladies du pancréas, mais aussi dans les abcès du foie.

Dans ces deux derniers cas, on ne peut s'empêcher de remarquer que les organes lésés ont une mission commune; ils contribuent à la digestion et à l'absorption des corps gras. De plus, leur voisinage anatomique fait entrevoir qu'ils peuvent, par augmentation de volume morbide, se comprimer l'un l'autre, partant se gêner plus ou moins parallèlement dans leurs fonctions. Cela veut dire qu'il pourra être difficile de fixer à quelle glande il faudra attribuer la lésion, initialement parlant; toutefois, si l'examen urinaire a été précocement fait, la constatation ou non de réactions biliaires pourra être d'une certaine utilité, pensons-nous. — P. N.

COURRIER

Hospices civils de Marseille. — Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 3 août 1891, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 27 juillet inclusivement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marmonier père (de Domène). Ancien médecin militaire, après les plus honorables services en Afrique, notre confrère était rentré au pays natal où il a exercé pendant quarante-sept ans avec la plus grande distinction. L'année dernière, une fête intime réunissait le docteur Marmonier et deux femmes : sur l'une, il avait pratiqué, il y a quarante ans, la tranfusion, et l'autre avait généreusement donné son sang.

M. le docteur Marmonier laisse un fils qui, médecin militaire lui-même, a pris pour sujet de sa thèse : « La transfusion ». Cette thèse, couronnée par la Faculté de médecine de Montpellier, fut soutenue en présence de notre regretté confrère, et donna lieu à une manifestation des plus touchantes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Un cas de cystite du col chez un enfant de 3 ans

Par le docteur L. Baumel (de Montpellier),

Leçon recueillie par J. Giral, aide de clinique.

Messieurs,

Mon intention est de vous faire aujourd'hui ma leçon clinique sur le malade E. N..., qui occupe le n° 3 de la salle Saint-Joseph.

Cet enfant, dont voici les urines, est âgé de 3 ans 1/2; il est dans nos salles depuis le 7 mai 1890.

Au moment de la miction, et parfois immédiatement après, il éprouve des douleurs très vives.

Son urine contient assez souvent un léger dépôt de mucus, d'acide urique, quelquefois même, comme aujourd'hui, un peu de sang.

Quelle est sa maladie? Est-ce une cystite? C'est la première idée qui vient à l'esprit.

Cependant, consultez vos ouvrages classiques (d'Espine et Picot, West, Henoch, Bouchut, Cadet de Gassicourt, Roger, etc.), dans aucun vous ne trouverez la description de la cystite chez l'enfant.

Pourquoi ce silence? Et sommes-nous en présence d'une cystite idiopathique ou primitive?

C'est que la cystite est très rare chez l'enfant. Cela s'explique.

Quelles sont, en effet, les causes de la cystite chez l'adulte? Ces causes sont externes ou internes, constitutionnelles ou non.

Parmi les causes *externes* d'ordre médical, nous admettons toutes celles qui peuvent venir par l'urèthre, le virus blennorrhagique, par exemple.

Ce n'est pas que ce virus atteigne nécessairement la vessie; mais l'inflammation occasionnée par sa présence peut se propager au col de la vessie, à la vessie, quelquefois même aux uretères et aux reins.

Cette cause n'existe pas chez notre malade; elle pourrait exister si l'enfant avait été contaminé, ce qui n'est pas.

S'il y a chez le nouveau-né des ophthalmies purulentes qui reconnaissent pour cause l'infection produite à la naissance par le passage de l'enfant à travers un vagin contaminé, je ne crois pas, quoi qu'en pensent certains auteurs, que cette cause soit suffisante pour produire une blennorrhagie chez l'enfant.

Cette cause, d'ailleurs, n'est pas la seule à invoquer en pareil cas.

Parmi elles figure encore le phimosis, et notre malade en a un très marqué.

L'accumulation des matières sébacées entre le prépuce et le gland, les quelques gouttes d'urine qui y séjournent après la miction, leurs altérations surtout peuvent donner lieu à des balanites, à des uréthrites et même à des cystites.

Nous savons que certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle considérable au phimosis dans la production de l'incontinence d'urine.

Ils prétendent que, lorsqu'il existe, il se produit une cystite très légère par le mécanisme susindiqué.

Dès que la vessie contient un peu d'urine, comme il y a de l'inflammation, cette urine est de suite rejetée.

C'est là une question que nous aurons à aborder quand nous nous occuperons de l'incontinence d'urine.

On a également attribué la cystite au refroidissement.

Une cause fréquente d'inflammation vésicale est l'infection par le cathétérisme. La sonde, on l'a dit depuis longtemps, est un tunnel à l'aide duquel on peut introduire dans la vessie une quantité innombrable de microbes. Aussi, avant de faire un cathétérisme, est-il indispensable de bien aseptiser l'instrument.

Avons-nous affaire, chez cet enfant, à une cause externe? Evidemment non.

Il n'a pas été cathétérisé avant son entrée. Il n'a pas eu de blennorrhagie. Tout au plus pourrait-on accuser le phimosis.

Cherchons alors du côté des causes *internes*, constitutionnelles ou non.

Parlons d'abord des causes *non constitutionnelles;* et d'abord des lésions prostatiques.

Indépendamment des infections uréthrales, il arrive souvent que la prostate est cause de bien des accidents vésicaux.

C'est là, avant tout, une question d'évolution.

Vous savez que, chez les vieillards, la prostate est souvent hypertrophiée.

Pour mon compte, au début de ma carrière médicale, je fus appelé en consultation avec le docteur Sabatier (de Bédarieux) auprès d'un malade qui était porteur d'une prostate occupant tout le petit bassin (1).

La miction étant impossible, nous fûmes obligés de faire pendant plusieurs jours, et deux fois par jour, la ponction de la vessie.

C'est une opération des plus faciles pour peu que l'on y fasse attention. Vous prenez un trocart filiforme (explorateur), vous l'enfoncez profondément au-dessus du pubis, puis vous laissez écouler le liquide.

La cicatrisation est très rapide et vous pouvez répéter l'opération le soir même.

Une seule précaution est à prendre, à notre avis, c'est quand on retire l'instrument; voici comment il faut s'y prendre :

Lorsqu'on retire le trocart de la vessie, il est à craindre que quelques gouttes d'urine ne s'écoulent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou

(1) L. Baumel : *Deux cas de rétention d'urine traités et guéris par la ponction au trocart explorateur* (*Montp. méd.*, 1879.)

même dans la cavité du péritoine et qu'elles ne donnent lieu ainsi à une péritonite très grave et peut-être mortelle.

Pour éviter ce danger, il est bon de faire la ponction, le trocart étant un peu dirigé de bas en haut, de façon à ce que, une fois l'urine écoulée et la vessie ayant diminué de volume, l'orifice vésical se trouve à peu près en face de l'orifice des parois abdominales.

Alors, appliquant sur cette paroi deux doigts de la main gauche (indicateur et annulaire) de chaque côté du trocart, on la déprime fortement pendant que l'on enlève brusquement le trocart que l'on a eu le soin d'obturer extérieurement avec le pouce de la main droite.

Si l'on exécute bien ce temps opératoire, la ponction de la vessie est exempte de danger, et je vous engage à la faire toutes les fois que vous la jugerez nécessaire.

Chez notre malade, la prostate n'est point hypertrophiée; je l'ai examiné à ce point de vue par le toucher rectal, et je puis affirmer qu'il n'y a rien de ce côté.

Passons maintenant aux causes *constitutionnelles.*

A leur tête se trouvent la goutte et la gravelle.

Les cristaux très fins d'acide urique, que l'on trouve en assez grande abondance dans les urines de notre malade et que nous avons entraînés plusieurs fois avec la sonde, nous autorisent à diagnostiquer une cystite de cette nature.

Y a-t-il une altération rénale?

On ne peut pas trop songer à la goutte, étant donnée sa rareté chez l'enfant.

Au point de vue de l'altération rénale, tout ce que je puis vous dire, c'est que nous n'avons pas trouvé d'albumine dans les urines.

Cet enfant souffre lorsqu'il a besoin d'uriner, et il peut fort bien se faire que les cristaux d'acide urique, déposés dans le parenchyme rénal, soient cause de ces douleurs lorsqu'ils passent de la vessie dans l'urèthre.

Avons-nous affaire à un calcul vésical?

Le cathétérisme de cet enfant est très difficile, en ce sens que le phimosis, très étroit, qu'il présente ne permet pas de découvrir le gland ni de voir le méat. Néanmoins, maintes fois je l'ai pratiqué, je n'ai jamais eu la sensation d'un calcul vésical.

Mais quelle est l'origine de l'acide urique et des urates que l'on a trouvés en si grande abondance dans les urines de ce malade?

Il y a aussi de nombreux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien qui dénotent une altération de l'urine dans la vessie.

On y trouve en outre du pus et, parfois même, des taches de sang provenant des éraillures produites sur la muqueuse par le passage des cristaux.

En apparence, il y a là quelque chose de fort complexe; au fond, c'est extrêmement simple.

Nous avons affaire à un dépôt de cristaux dans le rein.

Ces cristaux passant dans la vessie et de là dans l'urèthre produisent des éraillures du col et sont rejetés ensuite au dehors.

Cet enfant urine très souvent et peu à la fois.

On peut même se demander si les douleurs atroces, qu'il éprouve par

intermittences, au moment d'uriner et même après, ne seraient pas dues à des coliques néphrétiques.

Maintenant, il nous reste à savoir pourquoi l'acide urique et les urates sont ainsi rejetés au dehors sans être dissous.

L'alimentation et les boissons jouent ici un rôle très important.

Non seulement la vie sédentaire, qu'on ne saurait invoquer chez cet enfant, mais l'usage presque absolu d'aliments azotés, de viandes en particulier, peuvent expliquer le passage de cristaux d'acide urique en quantité plus ou moins grande dans l'urine.

Ce défaut de combustion peut provenir du nombre trop grand de matériaux à comburer.

Il ne faut pas oublier, toutefois, le rôle important dévolu aux boissons.

Le meilleur et le plus naturel des diurétiques est l'eau.

Il faut en boire tous les jours une certaine quantité, sans quoi l'acide urique n'est pas dissous et se dépose dans l'organisme.

Supposez que non seulement le malade ne boive pas de l'eau, mais qu'il boive du vin, de l'alcool même, cette cendre jetée sur le feu.

Il est évident que l'acide urique et les urates ne pourront pas alors se transformer en urée et resteront insolubles, du moins en partie.

L'alcool ferme le rein en produisant des lésions épithéliales ou parenchymateuses, vasculaires ou scléreuses, des néphrites en un mot. L'acide urique et les urates sont alors en excès dans l'économie soit parce que leur élimination est insuffisante, soit parce que leur transformation est incomplète.

Les saturnins deviennent goutteux, lorsque le rein se ferme sous l'influence du plomb.

De notre malade nous connaissons la famille.

Le père est épileptique, et surtout alcoolique.

Il est probable qu'il aura habitué son fils à boire du vin pur, ou même de l'alcool, et cela suffirait amplement pour nous expliquer sa cystite.

L'abus de l'alcool à un âge si peu avancé a produit, comme il le fait plus tard d'ailleurs, sinon de la sclérose rénale, du moins des dépôts d'acide urique et d'urates dans le rein, causant à leur tour et par leur élimination de la cystite du col.

Les moments d'accalmie présentés par ce malade, et qui sont parfois assez longs (de huit à quinze jours), tiennent à l'intermittence même qui préside, sinon à la formation, du moins à l'élimination des cristaux d'acide urique, ainsi d'ailleurs qu'à leur quantité plus ou moins grande, à un moment donné, dans la vessie.

Voilà, Messieurs, au point de vue étiologique, diagnostique et symptomatique ce que j'avais à vous dire au sujet de cet enfant.

Il reste encore à traiter le point de vue pronostique et thérapeutique.

Voilà une maladie déjà ancienne.

Ce malade est dans nos salles depuis bientôt un an, et son état ne s'améliore pas sensiblement.

Il serait bien possible qu'il y eût, chez lui, un calcul dans la vessie, et qu'un jour ou l'autre nous le sentions sous la sonde.

Son urine renferme, en effet, tous les éléments capables de le fournir.

Je ne le pense pas toutefois et j'espère que ce petit malade doit guérir.

Qu'avons-nous à faire au point de vue thérapeutique?

Il faut tout d'abord s'adresser aux diurétiques.

En première ligne figure l'eau, puis la tisane de chiendent avec du bicarbonate de soude, le sirop de pointes d'asperges, etc.

Mais il y a autre chose à faire, et s'il est démontré, comme je le crois, que l'acide urique et les urates jouent le rôle prédominant, dans ce cas, à côté des diurétiques ordinaires, on pourrait prescrire le carbonate de lithine, ce que nous avons déjà fait à plusieurs reprises, à la dose de 0,05 centigrammes par jour, additionné d'eau de Seltz.

Chaque fois le malade s'en est bien trouvé.

C'est encore ce que nous avons fait, dans ce cas, pour le plus grand bien du malade.

Il est bon, en outre, d'ajouter au traitement des balsamiques, tels que la tisane de bourgeons de sapin, les bains, etc., qui calment les douleurs vésicales.

Congrès allemand de gynécologie.

SOMMAIRE : Nature et traitement de l'éclampsie. — Carcinome utérin. — Affections des annexes. — Tumeurs fibreuses. — Le déciduome. — La pratique des accouchements hors des maternités.

Traitement de l'éclampsie. — M. LOHLEIN a pu réunir 325 cas d'éclampsie observés sur 52,335 accouchements, soit 1 cas pour 161 accouchements. — La mortalité a été de 19 p. 100; elle s'est du reste abaissée depuis plusieurs années.

Les phénomènes consécutifs ont été des symptômes du côté du système nerveux central, des psychies et des maladies des reins. Ces dernières ont été observées dans 22 cas dont 11 ont passé à l'état chronique.

Dans un cas, M. Lohlein n'a constaté la présence d'aucun microbe dans le sang ni dans les urines.

Très souvent on intervint chirurgicalement et l'opération césarienne a été faite dans un certain nombre des cas recueillis par l'auteur. C'est la dernière chance de sauver la mère, bien que l'éclampsie ne cesse pas toujours après l'extraction de l'enfant; le pronostic est assez bon pour l'enfant pour que l'on puisse y recourir quand il souffre. Quand on le peut, il vaut mieux inciser le col.

La morphine à hautes doses a été conseillée par Veit; elle donne d'assez bons résultats et la mortalité s'abaisse à 13,8 p. 100.

M. SCHMORL signale l'existence dans le foie des éclamptiques de foyers hémorrhagiques soit autour de la veine porte, soit autour des capillaires (1). Souvent, il y a des déchirures dans les parois des vaisseaux. Il se fait des embolies qui sont produites par des cellules spéciales qui, d'après Klebs, partiraient du foie et, d'après Schmorl, du placenta.

L'opinion des membres du Congrès a varié relativement à l'emploi de l'opération césarienne dans l'éclampsie. Pour MM. KALTENBACH et CHROBAK, il ne faut y avoir recours que dans des cas exceptionnels. M. GUSSEROW préfère le plus souvent faire les incisions du col de Duhssen, puis terminer ensuite l'accouchement. M. MULLER regarde l'opération comme indiquée quand les convulsions apparaissent pendant la grossesse.

Comme traitement médical, M. Chrobak préfère le chloroforme à la morphine.

Carcinome de l'utérus. — MM. HOFFMEIER et LÉOPOLD (rapporteurs). Le carcinome utérin est toujours un épithélioma atypique. Celui du col est assez rare et le plus généralement les tumeurs que l'on regarde comme provenant du col viennent de l'épithélium de la

(1) M. Pilliet, en France, a constaté les mêmes faits et ses recherches ont déjà été analysées dans l'*Union*.

muqueuse vaginale; du reste, la distinction n'a que peu d'importance puisqu'il faut faire l'hystérectomie dans les deux cas. L'endométrite de la muqueuse du corps est très fréquente dans le carcinome du segment inférieur.

M. Hoffmeier a décrit deux origines pour le carcinome du corps, selon qu'il vient de l'épithélium superficiel ou de l'épithélium glandulaire. Dans le premier cas, le cancer se propage surtout en s'étendant superficiellement; dans le second, il présente un aspect glandulaire; les cellules polymorphes remplissent les cavités des glandes qui se prolongent dans le tissu musculaire et vont jusqu'à la séreuse. La paroi musculaire ne serait envahie que tardivement. Pour le diagnostic, l'examen histologique de parcelles sera fort utile; il ne permettra pas de distinguer le carcinome de l'adénome malin, mais le traitement est le même.

M. Léopold a décrit une forme papillaire du carcinome du corps. En même temps que le muscle est envahi et que les parties superficielles se réunissent, il se forme des papilles volumineuses très nombreuses et très vasculaires. Les prolongements atypiques de l'épithélium dans les glandes et le tissu musculaire permettent le diagnostic étiologique.

Le carcinome du corps se développe de préférence chez les nullipares ou chez les femmes qui n'ont eu que peu d'enfants; souvent l'âge est assez avancé. Les principaux symptômes sont des hémorrhagies, des écoulements fétides et des douleurs revêtant la forme de coliques utérines. La cavité de l'utérus est agrandie et la muqueuse malade dure et inégale.

M. Veit croit que le carcinome du col est plus fréquent que celui de la portion vaginale. Dans quelques cas, la tumeur semble provenir du tissu conjonctif.

M. Abel insiste sur les difficultés du diagnostic histologique fait sur des parcelles. Lorsqu'à la place de la muqueuse on trouve des séries de rangées de cellules épithéliales non canaliculées, il est évident qu'il s'agit d'un carcinome superficiel. Mais, si la production a un aspect glandulaire, on ne peut savoir s'il s'agit d'un adénome malin qu'en constatant que les glandes envahissent le tissu musculaire, constatation qui est fort difficile au début.

Sur la blennorrhagie. — M. Wertheim a pu avec des cultures de pus blennorrhagique provoquer chez les animaux une péritonite blennorrhagique; d'autre part, la culture du pus de salpingite inoculée dans l'urèthre d'un homme a reproduit la maladie.

Pour M. Bumm, le gonocoque ne siège que dans les parties superficielles des muqueuses. Il s'ensuit qu'il ne peut donner naissance à des affections graves des annexes et du péritoine; dans les abcès des glandes de Bertholin, il n'y a pas de gonocoques; quand on injecte ces derniers sous la peau, ils disparaissent. La blennorrhagie ne dépasse guère l'orifice interne du col. Ce n'est que dans 0,9 p. 100 des cas que les trompes sont atteintes.

M. Donn croit avoir observé un cas de blennorrhagie buccale chez un nouveau-né âgé de 8 jours. Il y avait des érosions du palais et de la langue, et en même temps une conjonctivite blennorrhagique. Les ulcérations renferment le gonocoque que l'on a pu cultiver.

Affections des annexes. — M. Martin préconise la chirurgie conservatrice dans le traitement des affections des annexes chez la femme. Il pratique la résection des ovaires et des trompes. Pour cette dernière, on ouvre la cavité, on l'évide et on fait un nouvel orifice abdominal. Dans la résection de l'ovaire, on a le plus généralement à enlever des petits kystes ou des follicules hypertrophiés, en même temps que, de l'autre côté, il faut faire l'ovariotomie. Des grossesses peuvent alors survenir par la suite. M. Martin a vu survenir une grossesse dans un cas où il avait fait la résection de la trompe d'un côté et l'extirpation des ovaires du côté opposé.

Pour M. Zweifel, comme pour M. Martin, il ne faut faire la résection de la trompe que quand le contenu de cette dernière est inoffensif pour le péritoine. Il a eu un cas de mort par péritonite, par suite de l'infection de la séreuse par du liquide qui avait passé à travers le nouvel orifice.

Peut-être, d'après M. Chrobak, l'opération pourrait-elle favoriser la grossesse extra-utérine.

M. Landau s'élève contre la résection des trompes. Rétablir la communication de la trompe avec le péritoine est une grave imprudence dans la plupart des cas. Si une blennorrhagie se produit chez une femme ainsi opérée, elle court de grands dangers.

Myomes de l'utérus. — M. Hoffmeier a obtenu de bons résultats en faisant la castration dans les myomes. Il a pu constater dans ses opérations que les ovaires étaient blancs, fermes, nettement atrophiés. Cependant les hémorrhagies offraient encore l'apparence de la menstruation. Les tumeurs disparaissent le plus souvent à la suite de la castration.

M. Muller insiste sur ce point que les myomes ne régressent pas toujours au moment de la ménopause. Il est des cas où les premiers symptômes de la tumeur apparaissent à ce moment; d'autres, où l'accroissement continue comme si la menstruation n'avait pas cessé. Il ne faut donc pas se croiser les bras en présence d'accidents, en attendant la diminution spontanée des myomes.

Pour M. Veit, la régression qui suit la ménopause est réelle, mais elle ne se produit qu'après quelques années.

Traitement de l'endométrite chronique. — M. Skutsch admet deux formes d'endométrite : l'endométrite hémorrhagique avec règles très abondantes et quelquefois pertes dans l'intervalle des périodes; l'endométrite catarrhale dans laquelle il y a une hypersécrétion considérable. Dans l'endométrite hémorrhagique, le mieux est de faire le curettage; dans la forme catarrhale, dilater le col, puis faire des injections intra-utérines. La méthode de Vuillet, qui consiste dans l'introduction de gaze iodoformée dans le col donne d'excellents résultats. Quelquefois les injections ne sont pas suffisantes et il faut recourir au raclage. L'amputation du col peut devenir nécessaire.

Du déciduome. — M. Sanger reconnaît deux formes de déciduomes : le déciduome bénin et le déciduome malin. Dans les deux cas, la tumeur est formée par les cellules et le tissu conjonctif de la caduque. M. Sanger rapporte un cas de déciduome malin dans lequel il se produisit une métastase dans les poumons; on trouvait dans la tumeur de l'utérus et dans celle du poumon de grandes cellules semblables à celles de la caduque.

M. Muller a vu aussi une malade qui avait dans l'utérus des masses de tissu semblable à celui de la caduque; il se produisit des métastases dans le vagin, l'abdomen et la région fessière.

M. Veit pense qu'il s'agit tout uniment de grossesses dans des utérus carcinomateux, et M. Muller reconnaît, du reste, que le sarcome et le déciduome se ressemblent beaucoup.

Le traitement consécutif à la laparotomie. — M. Kehrer insiste sur la nécessité de préserver le péritoine avec le plus grand soin des produits divers qui peuvent s'y introduire. Dans un cas d'ovariotomie où il y eut épanchement d'une partie du contenu de la tumeur dans la séreuse, il se développa, dans le cul-de-sac de Douglas, le foie et l'intestin, un sarcome hémorrhagique par inoculation directe. Il propose de garnir la base de la tumeur avec de la gutta-percha disposée en forme d'entonnoir. Les adhérences consécutives sont à éviter. On n'emploiera pas d'antiseptiques irritants et on tâchera de ne rien laisser dans la cavité abdominale. M. Kehrer donne, dès le deuxième jour, de l'huile de ricin ou des lavements.

Les accouchements en dehors des maternités. — M. Ahlfeld reconnaît toute la valeur de l'antisepsie pour combattre l'infection dans l'accouchement; cependant les soins judicieux des suites de couches ont aussi une grande importance.

Pour que les résultats des accouchements en ville soient aussi bons que ceux que l'on observe dans les maternités, il faut vulgariser les pratiques de l'antisepsie, améliorer le recrutement des sages-femmes, tâcher de réaliser la désinfection plus simple-

ment, toucher rarement, etc. On diminuera la possibilité de l'infection en ne combattant l'inertie utérine que par des moyens externes, le massage de l'utérus étant presque toujours suffisant ; en suturant soigneusement les déchirures des organes génitaux; en ne faisant que les opérations absolument nécessaires; en faisant la version combinée au lieu de tamponnement dans les cas de placenta prævia. Quand on intervient au début d'une affection puerpérale, il y a des chances de succès.

M. Doderlein distingue deux espèces de sécrétion vaginale. La sécrétion normale est très acide ; la sécrétion pathologique est peu acide et alcaline. Dans la première, il existe un bacille qui ressemble au streptocoque et auquel est dû l'acidité de la sécrétion; on y rencontre le champignon du muguet. Comme, dans ce cas, il n'y a pas de microbes pathogènes, et que le staphylocoque ne peut vivre, la désinfectiou n'est pas nécessaire. Il n'en est pas de même quand la sécrétion est pathologique; alors on peut y rencontrer le streptocoque, et la désinfection devient indispensable. Le toucher, si l'on ne prend pas de précautions, peut transporter les microbes.

BIBLIOTHÈQUE

L'hygiène des vieillards, par le docteur G. André. — Paris, O. Doin, 1890.

L'auteur passe d'abord en revue les régressions séniles qui se produisent dans un grand nombre d'organes, puis, se basant sur cet état semi-pathologique du corps, il établit dans tous ses détails le genre de vie que doivent suivre les vieillards. Des chapitres spéciaux sont consacrés à l'alimentation, à l'exercice, aux soins de la peau, à la gymnastique de chambre, aux affections gastro-intestinales. A la fin du livre se trouve une étude succincte des affections les plus communes que l'on rencontre à la fin de la vie et l'exposé du régime que l'on doit choisir dans les cas de diabète, de goutte, de gravelle, etc. — P. Ch.

De l'antipyrine en gynécologie et en obstétrique, par le docteur Auvard, Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

Après un court aperçu sur l'antisepsie en général, l'auteur s'occupe successivement de l'antisepsie pendant la puerpéralité et en dehors de la puerpéralité. Les plus minutieux détails sont donnés sur la manière de pratiquer les injections vaginales, de désinfecter une femme avant une opération, de se désinfecter soi-même avant de la pratiquer.

Pour M. Auvard, quand l'antisepsie a été soigneusement faite pendant la grossesse et l'accouchement, les injections vaginales sont inutiles pendant le *post partum*. D'autre part, les injections doivent être très bien faites, sinon elles seront la cause d'une inoculation septique. Avec une garde bien stylée, on peut prescrire une injection vaginale le matin au moment de la première toilette et trois ou quatre autres toilettes vulvaires dans le courant des vingt-quatre heures. On se servira d'une solution phéniquée à 1/100.

Pour les injections intra-utérines, utiles seulement dans les accidents septicémiques et dont il a perfectionné le manuel opératoire, M. Auvard se sert soit de solution phéniquée à 1/300, soit de solution de sublimé à 1/4000. Pendant les trois jours qui suivent l'accouchement, il vaut mieux employer l'acide phénique, l'absorption étant encore possible, vu l'état de la plaie placentaire; après trois jours, on emploiera avec plus de succès le sublimé dont l'action est plus énergique. On commencera l'injection avec le sublimé pour la terminer avec l'acide phénique.

Nous terminerons notre courte analyse en reproduisant cette conclusion de l'auteur : Ne pas oublier que la propreté est la base de l'antisepsie; le progrès et la perfection de cette bienfaisante méthode consistent moins dans la découverte d'agents microbicides nouveaux, ou l'amélioration de ceux qui existent, que dans l'assujettissement, sans défaillance, à une propreté excessive. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Arthrite scapulo-humérale à pneumocoques. — Fracture ancienne de la rotule. — Hernies inguinales congénitales chez la femme.

M. Schwartz communique une observation de *péri-arthrite scapulo-humérale à pneumocoques*. Le malade, âgé de 45 ans, venait d'avoir une pneumonie lorsqu'il ressentit de vives douleurs dans l'épaule qui, en même temps, augmenta de volume. Il s'agissait d'un abcès péri-articulaire sans arthrite ; la température se maintenait aux environs de 38°, mais l'état général était mauvais. Une incision donna issue à une grande quantité de pus épais et verdâtre, et la guérison se produisit lentement. Au bout de deux mois, le bras augmenta subitement de volume dans l'espace d'une nuit, et on constata l'existence d'une thrombose de la veine axillaire. Cette thrombose persista pendant plusieurs semaines.

L'examen histologique du pus montra qu'il était rempli de pneumocoques que l'on put cultiver et inoculer.

— M. Kirmisson cite un nouveau cas de *thyroïdite infectieuse*. Il s'agit d'une femme qui, au lieu d'accidents de septicémie puerpérale, présenta une suppuration du corps thyroïde. L'incision, suivie de drainage et de lavages, eut les plus heureux résultats.

— M. Poncet rapporte un cas de *fracture itérative de la rotule* qu'il a traité par la mobilisation de la tubérosité antérieure du tibia. C'est là une opération analogue à celle qu'il a eu occasion de faire chez un malade qui avait une rupture du tendon d'Achille. Chez le second malade, la rétraction du tendon rotulien rendait impossible le rapprochement des fragments osseux. Le procédé que M. Poncet a employé a été utilisé déjà par Sonnenburg.

Il commença par faire une incision verticale, parallèle à l'axe du membre, allant de l'insertion du droit antérieur sur la rotule jusqu'à la tubérosité du tibia. L'articulation fut débarrassée de quelques caillots anciens qu'elle renfermait et des débris d'un ancien cal fibreux. Puis, les fragments osseux ne pouvant être rapprochés, le tendon rotulien n'ayant plus qu'une longueur de 3 centimètres et demi, M. Poncet détacha avec une scie fine passée au-dessous du tégument la tubérosité antérieure du tibia, qui fût fixée plus haut à l'aide d'une cheville d'ivoire. Les fragments osseux ont été ensuite rapprochés à l'aide d'un fil de soie passant à travers le tendon rotulien et le tendon du droit antérieur. Il s'agit là d'une ostéotomie verticale avec glissement des fragments.

L'important, comme le fait remarquer M. Lucas-Championnière, est d'obtenir un bon résultat opératoire. Et, pour avoir ce résultat, il n'est point besoin que les fragments soient absolument en contact, et un écartement assez notable peut même persister. Les fils d'argent ne coupent pas les fragments osseux, mais ils peuvent se rompre; aussi il est nécessaire de les choisir assez volumineux et de les placer en chaîne. Le rapprochement des fragments est alors assuré.

M. Schwartz a fait, dans un cas récent, la suture de la rotule à l'aide d'un fil d'argent; le fragment supérieur était très petit, et cependant la guérison a été complète.

Il est évident, pour M. Poncet, que ce qui importe le plus, c'est le rapprochement des fragments. Quand on a détaché un fragment osseux, il se greffe très bien, et on n'a pas à redouter la nécrose. La greffe se fait bien mieux que pour les parties molles.

— M. Lucas-Championnière lit un travail sur la *cure radicale de la hernie chez la femme*. La hernie inguinale se rencontre assez fréquemment chez la femme. Elle constitue chez elle une infirmité pénible, et de plus elle l'expose à des accidents graves au moment des grossesses. En général, la femme n'a pas à se livrer à de violents travaux de force. On peut donc espérer que, chez elle, l'opération de la cure radicale donnera des résultats définitifs.

La hernie inguinale de la femme diffère beaucoup de celle de l'homme. Le plus souvent, elle est congénitale et dépend de la persistance du canal de Nuck; sur 14 cas, il y en avait 12 où certainement cette origine existait; dans les 2 autres cas, elle n'était que douteuse. Le ligament rond se trouve dans la paroi du sac et ses fibres font fusion avec la séreuse; au-dessous de la cavité herniaire, il y a des séries de petits kystes qui semblent la prolonger jusque dans la grande lèvre. Habituellement, le volume de la tumeur n'est pas considérable; cependant, M. Lucas-Championnière l'a vue descendre une fois jusqu'au genou.

La hernie inguinale se fait par un trou de la paroi et cette dernière n'est pas notablement altérée. Quelquefois, de même que chez l'homme il y a atrophie des testicules, on rencontre, chez la femme, un arrêt de développement des organes génitaux.

Souvent la tumeur est incommode et douloureuse, et se développe brusquement, beaucoup à la suite des grossesses. D'autre part, la hernie peut devenir partiellement irréductible. Cette irréductibilité tient soit à l'épiploon, soit à la présence d'annexes. Ces annexes augmentent beaucoup les mouvements de la tumeur; ils peuvent être douloureux spontanément, comme l'ovaire, et, de plus, les tiraillements qui s'exercent sur les organes peuvent être très pénibles. On comprend facilement que, même si la hernie est réductible, beaucoup de femmes supportent difficilement le bandage, qui cause de vives souffrances. Aussi les malades réclament-elles souvent une intervention.

L'incision, dans la cure radicale, devra être faite plus haut que chez l'homme, afin de s'éloigner le plus possible de la vulve. Si la hernie est grosse, on tombe facilement sur le sac; si elle est petite, ce sac peut être plus difficile à trouver. Il faut alors commencer par le chercher au niveau de l'orifice du canal inguinal, aller, dans cette recherche, de haut en bas, bien plutôt que de bas en haut.

Le sac lui-même est très irrégulier. On ne peut d'abord le détacher du ligament rond qui fait partie des parois et on se trouve en présence d'une cavité irrégulière dont la paroi est épaisse d'un côté et mince de l'autre. Souvent, la cavité est divisée en vacuoles, les viscères ne se trouvent que dans celle qui est la plus élevée.

Aussi, M. Lucas-Championnière conseille-t-il de reconnaître d'abord le ligament rond, de le détacher de la grande lèvre et de le disséquer peu à peu en allant vers le canal inguinal; on trouve alors forcément le sac. La dissection du sac doit être poussée très loin, mais exige certaines précautions; il faut introduire le doigt dans le ventre, afin de voir jusqu'où il remonte, et surtout afin de se rendre bien compte des organes qu'il contient. On fait alors une ligature en chaîne et on résèque à la fois le ligament rond et le sac. La résection ne présente pas d'inconvénients et il ne se produit pas de déplacement de l'utérus; il est probable que le ligament se réunit à la paroi abdominale.

Quand on trouve l'ovaire dans le sac, tantôt cet organe est normal, tantôt il est dégénéré, ce qui est plus rare; il faut alors l'enlever. M. Lucas-Championnière a enlevé des ovaires kystiques. Il a aussi laissé de vraies atrophies qui lui paraissaient ne pas pouvoir causer d'accidents. On arrive facilement à toucher l'ovaire en introduisant le doigt dans le trajet inguinal et on l'attire facilement au dehors lorsque l'on a des doutes sur son état. Naturellement, les adhérences épiploïques, s'il en existe, doivent être rompues avec grand soin.

Les sutures se font facilement et doivent comprendre une grande épaisseur de tissus, afin de bien boucher le canal par une masse solide; on est naturellement moins gêné que chez l'homme.

Les suites de l'opération sont généralement excellentes et il y a fort peu de chances de récidives. Il est remarquable de voir les douleurs disparaître très rapidement; ce fait, du reste, est facile à expliquer, puis l'ovaire est remis dans le ventre, puisqu'il n'y a plus d'adhérences, etc.

La grossesse elle-même n'est pas toujours suivie de récidive, M. Lucas-Championnière a opéré, il y a dix ans, une femme d'une énorme hernie; depuis l'opération, cette malade a eu à faire du travail très dur et a pu mener à bien deux grossesses sans voir sa hernie reparaître.

Le port d'un bandage après l'opération n'est pas nécessaire. Les conditions sont en effet meilleures que chez l'homme puisque le cordon qui sert de guide pour faciliter un

nouveau trajet inguinal, n'existe pas chez la femme; le ligament rond, étant réséqué, n'en peut tenir lieu.

On peut simplement recommander pendant quatre ou cinq mois de se servir d'une ceinture à tampon qui déprime la paroi au-dessus de la cicatrice.

En faisant une cure radicale de hernie étranglée chez la femme, M. Routier a été frappé de la petitesse du trajet.

M. Poncet a eu occasion d'opérer deux femmes. La guérison est parfaite et il n'a pas eu à faire porter de bandage.

— M. Poncet présente un malade auquel il a suturé la clavicule pour une fracture comminutive.

M. Schmidt présente un soldat (cavalier) porteur d'un ostéome du moyen adducteur. Tout le muscle est envahi.

De quelques nouvelles médications.

La tuberculose des os, par V. Ohlfers (*Arch. de méd. expér.*, 1891).

L'auteur a rencontré un chien qui avait une carie tuberculeuse spontanée. Ce fait lui suggéra l'idée d'étudier expérimentalement sur les chiens la tuberculose osseuse. Il trépane l'os jusqu'à la moelle immédiatement au-dessus de l'articulation du genou ou du coude, introduit, avec toutes les précautions antiseptiques, les cultures ou les tubercules frais du bœuf, ferme l'ouverture avec un cylindre d'ivoire et ferme la plaie. Au bout de trois mois environ, les fistules s'établissent. L'étude microscopique révèle que les bacilles sont très rares dans le tissu malade. Leur habitat est, au contraire, dans les canalicules de Havers de la substance osseuse qui paraît saine et qui entoure les parties atteintes. Ce fait explique l'inefficacité fréquente des curettages.

L'auteur a étudié la valeur des différents traitements locaux sur les chiens malades. L'iodoforme donnait de bons résultats, mais provoquait surtout une intoxication grave et imprévue. Le Baume du Pérou guérissait assez vite les fistules, mais n'empêchait pas les récidives. L'application de chaux vive donnait des phénomènes d'irritation trop violents. Les meilleurs résultats étaient obtenus par la potasse caustique. Ces faits ont conduit l'auteur à étudier et à préconiser pour les hommes le savon vert (50 grammes dans un litre d'eau). On imbibe avec cette eau de savon les compresses que l'on applique sur les fistules. Elles sont recouvertes d'une bande de flanelle imbibée du même liquide.

Dans 23 cas, l'auteur a obtenu une guérison rapide et sans récidives. — P. N.

Traitement du coryza aigu, par P. Tissier (*Prov. méd.*, 1891).

Le coryza aigu n'exige pas habituellement de traitement médicamenteux. Cependant, si l'on songe que l'inflammation de la pituitaire peut être suivie de celle du reste des voies aériennes, si l'on tient compte du malaise général, de la céphalalgie frontale, de l'altération de la voix, des complications auriculaires possibles, il est bon de savoir enrayer ou au moins atténuer les symptômes possibles de la maladie.

Chez les individus sujets aux coryzas répétés, il peut y avoir sous roche un trouble de la nutrition générale qu'il est nécessaire de combattre tout d'abord. Mais l'examen du nez est, dans tous les cas, indispensable, et il montre souvent que la cause des atteintes répétées est une *lésion locale* que l'on doit traiter tout d'abord.

L'on a conseillé (Hayem) les inhalations d'un mélange d'acide phénique et d'ammoniaque :

Acide phénique pur	5	grammes.
Ammoniaque liquide	5	—
Eau	15	—
Alcool	10	—

On en verse quelques gouttes sur du papier buvard, et on respire les vapeurs pendant quelques secondes.

Ce moyen soulage, mais ne réussit pas toujours à arrêter l'inflammation.

Il ne faut pas compter beaucoup sur l'atropine, et les injections nasales sont non seulement inutiles au début, mais offrent des inconvénients.

L'antipyrine peut être employée contre le mal de tête.

Le professeur Tissier conseille le moyen suivant :

Sous-nitrate de bismuth..............	6 grammes.
Benjoin pulvérisé......................	6 —
Acide borique pulvérisé..............	4 —
Menthol..............................	0 gr. 20 centigr.

Priser cinq ou six fois, dans la journée, une pincée de ce mélange, apres s'être mouché avec soin, de façon à ce que la poudre pénètre profondément. On peut ajouter 0 gr. 01 à 0 gr. 05 de morphine et 1 gramme à 1 gr. 50 de calomel.

Le camphre échoue souvent, l'ichtyol recommandé par Dawna n'a pas encore fait ses preuves. Contre l'irritation de l'orifice des narines, la pommade suivante réussit bien :

Sous-nitrate de bismuth..............	10 grammes.
Vaseline..............................	10 —

P. N.

COURRIER

Concours du bureau central en chirurgie. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lejars et Potherat.

— Par décret, en date du 17 mai 1891, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Meunier (de Pau).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Garabuan (d'Aubin), Lagarde (de Montauban), Rême (de Montréjeau), Cénac (d'Argelès), Dejeaune (de Bagnères-de-Bigorre), Lasserre (de Bayonne), Gobert (de Mont-de-Marsan), Mme Desclaux de Latanée, supérieure de l'hospice de Pau.

— Par divers arrêtés ministériels, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Chénieux (de Limoges), Lemoine (de Reims), Paquelin (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Balhadère (de Pissos), Cazalas (de Bagnères-de-Bigorre), Descourtis (de Paris), Escorre (de Saint-Yrieix), Hayem, médecin de la marine; Lachaux (de Brives), Lafont (de Pau), Marini (de Colomiers-Lasplanes), Mora (de Dax).

— Le concours de l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Arnaud, Richard, Lévy, Théraud, Rémond et Bouteille.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

EN PRESCRIVANT A TEMPS le *Sirop de dentition du Dr Delabarre,* on prévient non seulement les douleurs de la dentition, mais aussi le *développement* de bien des *maladies* attaquant surtout les *enfants affaiblis* par la dentition.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôtel-Dieu. — M. Lancereaux.

Les épithéliomes hépatiques. — Cancers ou carcinomes du foie.

Leçon recueillie par M. J. Thiroloix, interne du service.

Plusieurs fois, Messieurs, vous m'avez vu attirer votre attention sur deux malades couchés, l'un au n° 36 de notre salle des hommes, l'autre au n° 18 de notre salle des femmes. Tous deux présentent une affection hépatique que l'on désigne vulgairement sous le nom de cancer. Secondaire chez l'un, elle est primitive chez l'autre. La séparation de ces deux altérations est profonde et repose sur leur histogénie, leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques; mais, avant de vous rappeler l'histoire de nos malades, il y a lieu de vous exposer brièvement les notions générales qu'il est nécessaire de posséder sur l'importante question du carcinome ou cancer. Elles vous aideront à comprendre la classification si simple des néoplasies hépatiques.

Avant l'application du microscope à l'histologie pathologique, le mot cancer servait à désigner toutes les tumeurs malignes des organes. Ces tumeurs, tout d'abord soumises à une classification qui reposait sur leur consistance ou encore sur leur ressemblance anatomique avec certains tissus ou organes, et aussi avec certaines substances comme la gélatine, furent divisées en cancers squirrheux, encéphaloïde, gélatineux, etc. La division de ces mêmes lésions en tumeurs homologues et hétérologues, suivant que les tissus composants étaient similaires aux tissus physiologiques ou différents de ces derniers, remplaça cette première ébauche de classification, mais elle manquait encore d'une base solide.

L'histologie normale jointe à la connaissance du développement des tissus pouvait seule servir de base à une classification naturelle des tumeurs. Lorsqu'en 1873 nous nous sommes occupé de cette question, la théorie conjonctive du cancer, défendue par Virchow, était admise par tous les anatomo-pathologistes. Elle ne parvint pas à nous séduire. Loin de là, l'examen attentif des faits qui passèrent sous nos yeux ne tarda pas à nous faire reconnaître que les tumeurs appelées cancer ou carcinome avaient toujours pour point de départ initial les tissus épithéliaux, contrairement aux autres néoplasies qui se montraient constamment au sein d'un tissu de substance conjonctive.

Cette constatation nous conduisit naturellement à admettre deux grandes classes de tumeurs ou néoplasies, dérivées les unes de l'ectoderme et de

'endoderme, ou *néoplasies épithéliales*, les autres du mésoderme, ou *néoplasies conjonctives*. Chacune de ces néoplasies fut, à son tour, divisée par nous en autant d'espèces qu'il existe de variétés de tissus conjonctifs et de variétés de tissus épithéliaux. Aussi, si vous connaissez l'embryogénie et l'histologie normales d'un organe, vous avez immédiatement la clef de toutes les tumeurs dont il peut être le siège, car il n'y a pas, et il ne peut y avoir de néoplasie hétérologue, et, comme l'avait déjà dit Müller, le tissu d'une tumeur quelconque a forcément son type dans un tissu de l'organisme normal, envisagé soit à l'état embryonnaire, soit à l'état de complet développement. D'ailleurs, ces deux grandes classes de tumeurs ne sont pas seulement distinctes par leur origine, elles le sont encore par leur mode de généralisation et par l'époque de leur apparition.—L'épithéliome, en effet, commence sur un point unique, par la multiplication de quelques éléments cellulaires; il s'étend d'une façon excentrique par l'infiltration des espaces lymphatiques, puis il se généralise par l'envahissement des vaisseaux de même nom.—Les néoplasies conjonctivo-vasculaires, par contre, débutent sur plusieurs points à la fois, sont multiples d'emblée (corps fibreux, lymphomes, fibromes, etc.) et, lorsqu'elles se généralisent, c'est par le système veineux. Liées au développement et à l'accroissement de l'individu, ces dernières lésions appartiennent à la première période de la vie et ne surviennent qu'exceptionnellement à un âge avancé; et, si les corps fibreux de l'utérus ne sont ordinairement diagnostiqués qu'à ce moment, il faut reconnaître qu'ils se développent le plus souvent dans le jeune âge; les premières, au contraire, ne se voient jamais avant la fin de la période d'accroissement et, fait digne de remarque, elles se montrent plus tôt chez la femme que chez l'homme, à cause sans doute de sa précocité.

Je m'arrête dans cet exposé, il vous permettra de vous faire à l'avance une idée des néoplasies qui peuvent apparaître dans un organe quelconque. Celles-ci, toujours dues à la végétation des tissus normaux, proviennent des éléments spécifiques de l'organisme par une simple mutation, ainsi que nous l'avons établi dans notre *Traité d'anatomie pathologique*. A l'aide de ces notions sur l'embryogénie, la spécifité cellulaire, la mutation des cellules en éléments exubérants pathologiques, vous allez alors pouvoir comprendre maintenant les néoplasies de la glande hépatique.

Le foie, glande tubulée, prend naissance aux dépens de deux bourgeons nés de la paroi de l'intestin moyen, immédiatement au-dessous de l'ébauche de l'estomac. Dans la constitution des deux bourgeons interviennent non seulement la couche épithéliale intestinale, émanation endodermique, mais aussi la couche fibreuse externe, dépendance du feuillet mésodermique.

Une partie des éléments épithéliaux se transforme en canaux excréteurs, la partie terminale forme le parenchyme sécrétoire. Dans les tubes excréteurs, des bourgeons avortés forment les glandes acineuses des voies biliaires; ces glandes ne sont que des acini biliaires déviés de leur fin première. Puis, pendant tout ce développement, le feuillet conjonctif subit un accroissement parallèle pour soutenir, protéger et nourrir les éléments nobles de l'organe.

Dans la composition de cet organe, où il entre des tissus dérivés du feuillet interne et du feuillet moyen du blastoderme, il y a forcément deux sortes distinctes de néoplasies, les unes, provenant des éléments du feuillet mésodermique, sont les *néoplasies conjonctivo-vasculaires*, l'endo-

théliome, le lymphome, le fibrome embryonnaire et le fibrome adulte, le myome, etc.; les autres, dérivant de l'endoderme, sont les *néoplasies épithéliales.* Ces dernières offrent autant de variétés qu'il y a de variétés d'épithéliums dans la glande hépatique; or, les épithéliums de cette glande sont les suivants : l'épithélium du lobule hépatique, l'épithélium de revêtement des canaux biliaires et de la vésicule biliaire, et enfin l'épithélium des glandes des canaux biliaires, d'où l'*épithéliome glandulaire*, l'*épithéliome cylindrique* et l'*épithéliome muqueux* ou *gélatineux*, qui est celui des glandes des voies biliaires. Ces trois variétés d'épithéliome constituent le cancer primitif du foie, émanation autochtone dérivée des éléments du feuillet endodermique différenciés par leur adaptation fonctionnelle.

L'épithéliome glandulaire est caractérisé par la végétation anormale et indéfinie des cellules épithéliales composant le lobule hépatique, et se différencie, par conséquent, de l'adénome, végétation réglée et définie, et toujours limitée dans son évolution.

Dès l'année 1858, à la Charité, et, en 1861, à l'hôpital de la Pitié, j'avais eu l'occasion d'observer quelques faits dont je ne trouvais la description nulle part. Il s'agissait d'individus venus à l'hôpital avec de l'ictère et qui présentèrent bientôt après tous les phénomènes de la cirrhose, puis succombèrent rapidement. Le foie, chez ces malades, était le siège de tumeurs ou nodosités multiples, souvent molles, jaunes, vertes ou blanchâtres, de telle sorte que la surface de cette glande, segmentée de lésions de colorations diverses, offrait un aspect tout spécial auquel venait s'ajouter entre les masses néoplasiques un état très voisin de la cirrhose. Les veines portes, les veines sus-hépatiques et parfois l'oreillette droite étaient généralement remplies par des masses épithéliales végétantes et, dans un cas, il me fut possible de rencontrer dans un ganglion rétro-sternal des cellules infiltrées de pigment biliaire et ayant tous les caractères de la cellule hépatique. Je donnai à cette lésion, manifestement produite par la végétation des cellules épithéliales du lobule hépatique, le nom d'*adénome*, ne possédant pas à cette époque une idée juste de la nature du cancer, et ne me doutant pas que les cellules du foie pussent devenir le point de départ d'une tumeur cancéreuse. Depuis lors, ayant été conduit à considérer le cancer comme une végétation anormale et indéfinie des éléments épithéliaux de l'organisme, j'ai dû abandonner cette première interprétation et rattacher à l'épithéliome glandulaire ce que j'avais considéré comme de l'adénome; c'était chose forcée en présence d'une végétation qui envahit les vaisseaux et même les ganglions lymphatiques et les vaisseaux sanguins jusqu'à l'oreillette droite (voir notre mémoire dans *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, Paris, 1863). Malgré le soin que j'ai pris à me contredire, beaucoup d'auteurs s'évertuent à défendre mon ancienne opinion, j'espère qu'ils seront de mon avis après les raisons que je viens de donner de mon changement.

Voici du reste une description abrégée de l'épithéliome des lobules hépatiques qui, contrairement à la loi générale, semble prendre naissance sur plusieurs points, au niveau des lobules du foie, mais ce n'est là, sans doute, qu'une apparence, car l'examen des masses cancéreuses indique qu'elles sont d'âge différent. En tout cas, il se forme à la surface et dans l'épaisseur du parenchyme hépatique des nodosités ou masses de volume, de consistance et de coloration variables, les unes assez fermes, les autres plus molles; celles-ci blanchâtres ou jaunâtres, celles-là verdâtres ou

rougeâtres. Tout d'abord, ces masses sont séparées par de larges espaces de tissu sain, mais, bientôt après, la végétation cellulaire entraîne l'irritation du tissu conjonctif, dont les éléments prolifèrent et s'organisent en tissu de sclérose. Alors, toute la portion du parenchyme qui sépare les masses épithéliales a pu être à tort considérée comme cirrhotique, jusque dans ces derniers temps, faute de savoir que toute végétation épithéliale est forcément suivie de la multiplication des éléments du tissu conjonctif avoisinant et de la formation d'un tissu fibroïde ou de cicatrice. Le foie, augmenté de volume et de poids, est ainsi le siège de masses diversement colorées, et entre ces masses, de consistance diverse, existe un tissu granulé, d'aspect cirrhotique, constituant non pas une cirrhose primitive, mais bien une cirrhose secondaire subordonnée à la végétation indéfinie des éléments épithéliaux. Cette végétation, qui envahit peu à peu les vaisseaux hépatiques, souvent aussi la veine cave, et même l'oreillette droite, avait déjà été considérée par Andral comme le troisième degré de la cirrhose. Mais il est facile de concevoir que l'épithéliome glandulaire du foie, tout en déterminant une ascite considérable avec phénomènes de circulation collatérale, ne se différencie pas moins par l'obstruction vasculaire qui lui est propre. Ajoutons à ces symptômes l'apparition à une certaine époque d'un ictère, qui, se liant à la destruction des cellules du foie, est moins accentué que l'ictère produit par la rétention de la bile dans les cas d'oblitération des voies biliaires. Ainsi, l'épithéliome glandulaire du foie engendre de l'ascite, puis un ictère particulier, et ces deux phénomènes réunis permettent, en général, de le distinguer des autres formes de cancer hépatique. *(A suivre.)*

Congrès des Sociétés savantes (1891).

M. B. Dupuy fait plusieurs communications intéressantes relatives à la pharmacologie. Pour lui, les *principes actifs des végétaux* sont extrêmement actifs et permettent d'être absolument sûr des effets que l'on peut obtenir. Il a étudié récemment *l'anémone des bois* et en a retiré un principe défini, cristallisé et toxique à dose élevée. L'anémone est cependant très utile dans le catarrhe des bronches et dans la coqueluche, dont elle calme la toux. C'est un emménagogue précieux; enfin, elle convient dans certaines maladies des yeux greffées sur la diathèse rhumatismale. Enfin, M. Dupuy s'est encore occupé de l'application des acides organiques en thérapeutique et des principes toxiques de la *racine de fougère mâle*.

M. Moreau (de Tours) appelle l'attention sur la *nature de l'hallucination chez l'enfant*. Une analyse méticuleuse de nombreuses observations, tant personnelles que puisées dans les auteurs, lui a permis d'établir la nature spéciale de l'hallucination du jeune âge, quel que soit le sens que ces hallucinations affectent; dans l'immense majorité des cas, elles revêtent une forme terrifiante, pénible, douloureuse même, qu'on pourrait comparer à celle que l'on observe dans le délire alcoolique.

M. Moreau lit ensuite une note sur *quelques considérations médico-légales sur la folie chez les enfants*. Après avoir passé en revue les textes de loi qui arment la société contre les délits commis par l'enfant, il constate que le rôle de la médecine légale dans l'appréciation des actes commis par les enfants est un rôle très borné. La loi est formelle. L'âge du discernement établit nettement l'âge auquel un enfant peut être déclaré coupable et, par suite, responsable de ses faits et gestes. Dès lors, l'enfant qui aura commis un délit sera enfermé dans une maison de correction jusqu'à sa majorité s'il a été reconnu sain d'esprit, dans une asile d'aliénés si on a prouvé son état de délire ou d'imbécillité.

M. Léon Moulé dépose sur le bureau de la section de médecine un travail imprimé, relatif à l'*histoire de la médecine vétérinaire dans l'antiquité*.

M. de Pietra Santa étudie l'*acclimatement des Européens en Algérie*. Cet acclimatement est d'autant plus facile que les colons voudront davantage s'astreindre à suivre une hygiène rationelle.

M. Blocq fait connaître un syndrôme, dépendant habituellement de la neurasthénie, et qu'il propose de désigner sous le nom de *topoalgie*.

La topoalgie est caractérisée par cela que les malades qui en sont atteints souffrent exclusivement ou principalement d'une douleur localisée dans une région variable, mais non en rapport avec un territoire anatomiquement ou physiologiquement délimité. La plaque douloureuse peut exister seule et constituer ainsi toute la maladie, mais plus souvent elle coexiste avec des stigmates neurasthéniques qui indiquent sa parenté morbide. Sa marche est extrêmement lente : elle dure des mois, parfois des années, et se termine très souvent par la guérison. Le diagnostic doit en être fait avec les algies des hystériques et des hypochondriaques.

Les causes qui président ordinairement au développement de la topoalgie se trouvent à l'origine de la neurasthénie, mais elle admet plus particulièrement l'influence des affections locales, traumatiques ou autres.

Il paraît vraisemblable que le syndrome topoalgique est la manifestation clinique de la fixité d'une image ressortissant au domaine de la sensibilité analogue aux idées fixes ressortissant au domaine de l'actualité, dont le mécanisme psychologique différerait de celui des auto-suggestions de douleurs de l'hystérie et des obsessions émotives des hypochondriaques.

Le traitement, basé sur cette conception théorique qui a paru à M. Blocq donner les meilleurs résultats, comporte ces deux indications : rétablir l'équilibre psychique et mobiliser l'image sensitive fixe. Ce dernier but a été atteint dans quelques cas à l'aide de manœuvres d'électrisation particulières.

M. J. Tessier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, expose devant le Congrès *une nouvelle série de recherches sur l'étiologie et la pathogénie de la grippe*. Après quelques considérations cliniques sur l'évolution de la grippe infectieuse, il fait connaître les résultats des recherches entreprises avec les docteurs Roux et Pittion sur le micro-organisme trouvé dans le sang et les urines de divers grippés entrés cette année à l'Hôtel-Dieu de Lyon. L'étude de ce micro-organisme a été poursuivie dans les différents milieux de culture (gélatine, agar, pomme de terre). Ses caractères sont très intéressants; il s'agit d'un diplobacille unicapsulé dont la reproduction par sporulation est très nette dans les cultures de pommes de terre. Les propriétés pathogènes de cet organisme ont été étudiées par voie d'inoculation intra-veineuse chez l'animal. Enfin, ce micro-organisme a des affinités étroites avec celui que Jollès à Vienne, Seifur à Wurtzbourg, Kischner à Berlin, ont considéré comme l'élément générateur de la grippe-influenza. Il a aussi une certaine ressemblance avec celui qui a été trouvé dans les eaux de la Moscowa rapportées par M. Tessier, toutes considérations bien faites pour autoriser à lui accorder *une influence pathogénique importante*.

M. Brinon lit une étude sur *les climats* et pose leurs différentes indications.

M. Feray a fait l'analyse d'une source qui jaillit à Neubourg (Eure). Cette eau, très utile dans la dyspepsie et la glycosurie, contient beaucoup plus d'oxygène qu'aucune autre eau connue.

M. Pozzi (de Reims) rapporte les résultats qu'il a obtenus par *l'anesthésie chloroformique mixte* (chloroforme, morphine, atropine) après une expérience prolongée.

De ces expériences il résulte que si l'anesthésie n'est pas aussi rapide que l'ont affirmé les premiers expérimentateurs, s'il y a dans le tant p. 100 horaire de la dose de chloroforme nécessaire à produire l'anesthésie des variations qui oscillent sensiblement comme dans l'anesthésie chloroformique simple, le sommeil obtenu par ce procédé est calme : point d'à-coup, point de nausées, de vomissements.

Mais l'action la plus remarquable de l'anesthésie porte sur la fonction cardiaque. Le

plus grand danger de l'anesthésie chloroformique, ce sont les syncopes inhibitoires du début de l'anesthésie. Or, sous l'influence de l'anesthésie mixte, le pouls se régularise et conserve tout le temps de l'anesthésie une sérénité parfaite. Cette action bienfaisante a été particulièrement manifeste sur un opéré de désarticulation de cuisse. Le chirurgien et ses aides n'avaient qu'une crainte, c'est que le malade ne restât sur la table d'opération pendant l'anesthésie.

En somme, si la chloroformisation mixte ne présente pas tous les avantages annoncés par les promoteurs de ce mode d'anesthésie, elle offre une sécurité incontestable contre les accidents cardiaques. Elle est particulièrement recommandable chez les individus atteints d'une affection du cœur, chez ceux dont le système nerveux est particulièrement susceptible, et dans les opérations prédisposant plus que d'autres aux actes inhibitoires : hernies, opérations sur les nerfs ou dans le voisinage des gros troncs nerveux, dans les interventions sur le système nerveux central, cerveau et moelle, etc.

M. Ch. Lucas a lu un mémoire relatif à la question suivante : *Jusqu'à quel point l'État peut-il intervenir légitimement dans les questions d'hygiène publique?* Une commission composée de membres compétents a décidé qu'il y avait lieu :

1° De rechercher, en attendant une revision et un complément de la législation actuelle, dans quelles conditions la loi du 13 avril 1850 et le décret du 26 mars 1852 ont été appliqués et peuvent être appliqués à toutes les communes de France;

2° De demander que l'instruction de toute affaire concernant l'hygiène de la salubrité soit faite à ciel ouvert et que le premier acte de cette instruction consiste en la mise en cause du propriétaire de l'immeuble visé, en exprimant le regret que trop souvent cette instruction repose sur une dénonciation anonyme et mal fondée;

3° D'exprimer le vœu que les mesures exécutives de la législation spéciale de l'hygiène et la salubrité soient du ressort des municipalités et non des conseils municipaux;

4° D'empêcher l'administration de profiter de son intervention, bien souvent légitime, pour paralyser inutilement l'essor des artistes dans certains cas où l'hygiène n'est pas en cause et aussi pour imposer aux propriétaires tel ou tel mode d'exécution des travaux au lieu de se borner à exiger la suppression de telle ou telle cause d'insalubrité;

5° De souhaiter que le Parlement, dans une prochaine discussion des projets de loi sur l'hygiène et la salubrité qui lui sont soumis, modifie les lois, décrets et arrêtés actuellement en vigueur et précise nettement les données d'application.

REVUE DES JOURNAUX

Des otites dues à l'influenza, par L. Katz (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — L'auteur communique les résultats de ses observations faites sur 50 malades dans la première quinzaine de l'épidémie. La marche de la maladie était le plus souvent assez grave, mais l'auteur n'a pas vu un seul cas se compliquer de périostite consécutive de l'apophyse mastoïde.

Deux fois, il a pu observer une myringite hémorrhagique avec formation de bulles; une fois l'otite moyenne était accompagnée d'une otite externe très douloureuse avec rétrécissement considérable du conduit. Dans un cinquième des cas, l'otite restait catarrhale sans donner lieu à une perforation.

A l'encontre de Lœwenberg, il évite la douche d'air précoce qu'il n'emploie jamais dans les premiers jours d'une otite aiguë. Il se contente de faire des instillations avec de la glycérine phéniquée (5 à 10 p. 100), d'administrer des narcotiques à l'intérieur et, dans des cas graves, d'appliquer des compresses chaudes autour des oreilles et des sangsues sur l'apophyse mastoïde.

Il ne fait la paracentèse que quand le tympan bombe en dehors. Il partage, sur ce point, l'opinion que Walb a émise au sujet des douches d'air, et qui craint que le processus mycotique ne soit défavorablement influencé par l'apport de l'oxygène de l'air.

P. N.

Otite due à l'influenza, par le docteur Ludewig (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891). — Les maladies d'oreille dues à la récente épidémie d'influenza ont fait l'objet de nombreuses études. Le docteur Ludewig donne à son tour les observations faites à la clinique de Halle, observations tout à fait typiques et qui empruntent une haute autorité au grand nombre de malades qui fréquentent la célèbre clinique du professeur Schwartze. Elles montrent que l'oreille a été l'un des organes les plus éprouvés par cette maladie nouvelle, dont on plaisantait d'abord, mais qui n'a pas tardé à se faire prendre au sérieux.

On pouvait d'ailleurs prévoir d'avance que cette grippe générale donnerait de l'occupation aux médecins auristes, puisque toutes les maladies infectieuses aiguës qui intéressent l'appareil respiratoire se transmettent facilement, comme on sait, à l'oreille moyenne.

A peine la maladie eut-elle fait son entrée à Halle — elle a régné dans cette ville en décembre et janvier — que la fréquence des catarrhes aigus et des suppurations de l'oreille moyenne a augmenté d'une manière frappante.

Voici le nombre des cas aigus observés à la clinique en décembre et janvier, pendant les trois dernières années :

1887-88	41
1888-89	44
1889-90	137

De 41 et 44 les années précédentes, le chiffre monte subitement à 137, c'est-à-dire au triple.

Naturellement, tous ces cas ne sont pas dus à la grippe. Mais en déduisant ceux dus à des causes connues, et en tenant compte des commémoratifs et de l'examen des malades, on peut compter eviron 82 cas d'otite par influenza.

Ces otites par influenza n'ont pas présenté de caractère pathognomonique spécial et, par suite, le traitement a été le même que pour l'otite moyenne aiguë ordinaire.

Souvent l'inflammation s'est étendue aux os et la carie aiguë a été observée fréquemment. A ce propos, l'auteur rapporte *in extenso* l'observation du cas le plus grave, qui a abouti à une issue fatale par pyémie. Ici, les suites fatales de l'influenza se sont fait sentir de la manière la plus effrayante : jamais jusqu'ici on n'avait observé une destruction aussi considérable, une carie aiguë aussi rapide, sauf dans des cas consécutifs à des maladies infectieuses, telles que la scalartine, la diphthérie. La carie a été suivie d'une phlébite purulente des sinus et d'une pyémie qui a entraîné la mort.

L'otite par influenza est donc parfois une maladie maligne, qui peut menacer la vie du malade en donnant lieu à une méningite ou à une pyémie. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une note sur les verticillium dans leurs rapports avec la santé publique, par M. Crié;

2° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs L. Danion et Marage.

La dilatation du cœur. — M. G. Sée : « De nouvelles recherches, faites grâce au stéthoscope de M. C. Paul et à sa méthode de percussion par transmission des bruits du cœur aux surfaces osseuses, m'ont permis de poser les conclusions suivantes :

La matité absolue ou petite matité du cœur n'existe pas au point de vue clinique, c'est-à-dire qu'elle ne se distingue pas de la matité générale appelée submatité.

Si le cœur est sujet à de nombreuses variations de volume qui se traduisent par l'augmentation mobile de la matité et par la persistance de celle-ci pendant quelque temps,

c'est qu'il y a là de nombreuses causes d'erreur de diagnostic; j'ai vu de nombreux malades traités pendant longtemps pour une dilatation simple ou hypertrophique des parois, qui n'avaient aucune espèce de lésion; on les avait pris au moment de la distension temporaire, sans répéter plus tard l'examen.

Au point de vue du pronostic des cardiopathies, on a, dans ces derniers temps, attaché la plus grande importance à l'état du myocarde; il faut bien plus se préoccuper de l'état de distension ou de dilatation ou d'hypertrophie du cœur.

La plupart des lésions du myocarde, telles que les dégénérescences, les altérations fragmentaires, les états scléreux, peuvent exister sans entraîner la moindre modification morbide; au point de vue clinique, on peut dire dans ces cas qu'il n'y a point de maladie du cœur, celle-ci ne se manifeste que s'il y a distension. Une deuxième catégorie de faits est absolument opposée : des manifestations chroniques se produisent avec tous les symptômes habituels de la cardiopathie, sans qu'il y ait la moindre lésion anatomique du muscle.

La clef de toutes ces anomalies paradoxales est dans la distension des cavités du cœur, surtout du ventricule gauche; si celle-ci est permanente, c'est-à-dire constatable dans toute circonstance, ce sera la véritable *maladie du cœur*.

Dans ces cas, il y aura encore un départ à faire entre l'*hypertrophie* qui *peut* être favorable, surtout quand elle est véritable, c'est-à-dire quand elle résulte d'une multiplication des fibres-cellules musculaires, et la dilatation permanente qui est le plus souvent l'indice de la fatigue fonctionnelle ou de l'amincissement des parois.

Ces considérations ont un certain intérêt pratique. On n'a jamais songé à concevoir les agents cardiaques autrement que par leur pouvoir d'augmenter ou de diminuer la pression vasculaire, par leurs propriétés diurétiques, par leur faculté de ralentir ou d'accélérer les battements du cœur. Or, voici ce que nous avons appris : En mesurant le cœur, et en traçant sa forme sous l'influence ou plutôt sous l'impulsion des remèdes principaux tonifiants ou régulateurs ou dépresseurs, nous sommes arrivés aux remarques ci-dessous :

La *spartéine* est le remède qui diminue le plus et le plus promptement les dimensions du cœur; c'est lui qui fortifie le mieux le muscle cardiaque, en augmente la tonicité; il n'y a pas de diurèse;

La *digitaline* diminue également le volume du cœur, mais elle agit principalement sur les cavités droites, et elle ne paraît avoir d'action que si ces cavités sont préalablement dilatées, donc seulement dans un état pathologique défini;

L'*iodure de potassium* diminue également le volume du cœur, mais cet effet est moins prononcé que par la spartéine;

L'*antipyrine* augmente le volume total, sans influer en quoi que ce soit sur la pression artérielle;

Le *bromure de potassium* est dans le même cas que l'antipyrine, et dans un cas opposé à l'iodure de potassium; il dilate le cœur dans sa totalité, peut-être plus le cœur droit;

Restent les médicaments sans portée efficace sur le cœur : je cite surtout la *caféine*, qui n'agit nullement sur le muscle cardiaque, et le laisse dans l'indifférence absolue. »

M. C. Paul fait remarquer que peut-être quelques-unes des variations de volume du cœur que relève M. G. Sée dépendent des pressions exercées sur le cœur par l'estomac.

M. G. Sée a eu soin d'éliminer cette cause d'erreur.

M. Dujardin-Beaumetz s'étonne que l'on fasse dépendre l'élasticité du cœur d'un autre élément que le muscle cardiaque; c'est l'état du muscle qui domine tout; un médicament ne peut pas agir sur le cœur droit sans agir en même temps sur le cœur gauche; les deux cœurs sont modifiés différemment parce que leur épaisseur n'est pas la même. Il n'y a pas de médicaments agissant exclusivement sur les vaisseaux.

M. Laborde insiste sur les modifications de volume du cœur sous l'influence des variations de l'ondée sanguine.

— M. Laborde, après avoir résumé la discussion qui a eu lieu l'année dernière sur les dangers de la chloroformisation, formule les conclusions suivantes :

1° Tant qu'il y aura mort ou danger de mort par le chloroforme et la chloroformisation, encore bien que ce danger et sa réalisation puissent être, dans certains cas, inévitables et au-dessus des ressources de la science et de l'art, il y a lieu de rechercher les meilleurs moyens de conjurer et de combattre ce danger;

2° Cette question étant essentiellement une question de *toxicologie,* et par conséquent du domaine physiologique et expérimental, c'est à la physiologie et à l'expérimentation qu'il appartient de déterminer le mécanisme pathogénique des accidents, d'où doivent être déduits rationnellement les indications et les moyens de prévention et de traitement;

3° Cette détermination et les connaissances qui en découlent sont aujourd'hui assez avancées et assez positives pour permettre à la clinique d'en bénéficier, par l'essai et l'application des moyens et des procédés démontrés efficaces par l'expérimentation, et qu'elle n'a pas le droit de répudier;

4° En l'état actuel, les moyens *préventifs* suggérés et indiqués par le double mécanisme du réflexe d'arrêt fonctionnel primitif ou secondaire et de l'action toxique par imprégnation générale résident essentiellement :

a) D'une part, dans l'adjonction préalable et systématisée des analgésiques généraux et locaux à l'anesthésique en vapeur.

b) D'autre part, dans le dosage et le titrage le plus exact possible de la substance anesthésique; cette exactitude ne peut, à l'heure actuelle, être obtenue que par l'emploi de la méthode des mélanges titrés, basée sur la recherche et l'analyse expérimentales;

5° Les moyens *curatifs* peuvent être ramenés et se résument en tous ceux qui sont capables de ranimer les phénomènes mécaniques de la fonction respiratoire, éteinte ou près de s'éteindre, cette extinction constituant le mécanisme essentiel de l'action toxique propre du chloroforme. Or, de tous ces moyens, celui qui doit prédominer et prévaloir, comme le plus rationnel, conséquemment le plus efficace, et, il est permis de le dire, souverain, c'est la respiration artificielle, à la condition d'être réalisée selon les indications expresses de l'expérimentation, c'est-à-dire par le procédé de l'insufflation, transporté et adapté à la pratique chirurgicale.

— M. Constantin Paul lit un rapport à l'occasion d'un travail de M. le docteur Barthe (de Sandfort) sur l'emploi des boues de Dax.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Etiologie et nature de la chorée de Sydenham. — Expulsion de nombreux tænias.*

M. Comby : On sait que, depuis les travaux de Germain Sée et de Roger, la chorée de Sydenham est considérée comme ayant des liens de parenté très étroits avec le rhumatisme. Roger, rayant la chorée du cadre des névroses, prétendait que cette affection est toujours d'origine rhumatismale. G. Sée était d'une opinion moins absolue.

Ces théories ont rallié la majorité des médecins. Elles rencontrèrent pourtant une certaine opposition, surtout de la part des médecins d'enfants; Rilliet et Barthez, Bouchut les ont combattues; Steiner, en Allemagne, publia une statistique où, sur 254 cas de chorée, on ne trouvait que quatre fois une origine rhumatismale bien nette. Enfin, il y a quelques années, M. Joffroy lui fit une opposition beaucoup plus vive encore, en soutenant que le rhumatisme n'avait rien à voir dans la pathogénie de la chorée ou n'avait pas plus de valeur qu'une autre maladie aiguë; si la chorée s'accompagne quelquefois de douleurs articulaires, ce ne sont point des douleurs rhumatismales, puisque la fièvre et les phénomènes de fluxion manquent généralement, mais bien des arthropathies nerveuses; si, dans le cours de la chorée, des endocardites et des péricardites se produisent, elles doivent être regardées comme des lésions trophiques dues à des troubles nerveux. M. Joffroy concluait donc que la chorée n'a aucun lien avec le rhumatisme et proposait de la nommer *névrose cérébro-spinale d'évolution;* cette affection se montre le plus fréquemment, en effet, entre 7 et 14 ans, c'est-à-dire dans la période du maximum de croissance.

Sans aller aussi loin dans l'interprétation de ces manifestations morbides, M. Comby pense néanmoins que la chorée doit être regardée, dans la majorité des cas, comme une névrose spéciale. M. Leroux arrive aux mêmes conclusions : sur 260 cas observés au dispensaire Furtado-Heine, 5 fois seulement on trouvait une relation nette avec le rhumatisme; 13 autres fois, il n'y avait que des douleurs vagues. Depuis huit ans, M. Comby a lui-même observé 90 cas de chorée chez des enfants; c'étaient des cas bénins, mais on doit en tenir compte dans une statistique. Parmi ces 90 cas, il y avait 58 filles et 32 garçons; cette prédominance du sexe féminin plaide en faveur de la nature nerveuse de la maladie.

Relativement à l'âge, la chorée s'est montrée 1 fois à 3 ans, 1 fois à 5 ans, puis, dans tous les autres cas, de 6 à 15 ans.

M. Comby a recherché, dans un certain nombre de cas, si ses petits malades ne présentaient pas d'autres stigmates nerveux. Or, 20 fois il a trouvé de l'anesthésie du pharynx, 5 fois de l'hémi-anesthésie cutanée et sensorielle; d'autres fois, de l'incontinence nocturne d'urine. En outre, l'état mental des choréïques se caractérise par une mobilité extrême du caractère. Chez leurs ascendants, on retrouve souvent les conditions d'une hérédité névropathique : hystérie, épilepsie, folie dans quelques cas; souvent aussi la tuberculose. La diathèse rhumatismale y est au contraire très rare.

Sur ces 90 choréïques, M. Comby n'a relevé que 5 fois la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu, et encore, dans deux cas, il n'a succédé à la chorée qu'après un intervalle très long (18 mois et 3 ans).

Cette statistique est donc contraire à la théorie qui fait de la chorée une simple manifestation rhumatismale. La thérapeutique fournit un autre argument : le salicylate de soude ne donne aucun résultat dans la chorée, à laquelle conviendrait au contraire l'hydrothérapie et les médicaments nervins.

La chorée peut donc être considérée, dans la majorité des cas, comme une névrose de la deuxième enfance, et ayant de grandes affinités avec l'hystérie et autres états analogues.

M. d'Heilly : L'argument tiré de la thérapeutique n'a pas de valeur. Le salicylate de soude est en effet sans action contre les pleurésies, les endocardites, en un mot contre les manifestations abarticulaires du rhumatisme.

M. Potain : La chorée de nature nerveuse existe certainement. Mais il est bien difficile, en présence de faits que l'on observe tous les jours, de ne pas regarder la plupart des cas de chorée comme des manifestations rhumatismales.

Quelques-uns de ces faits sont très nets. Il y a quelque temps, ayant été appelé pour examiner un jeune garçon qui, à la suite d'un traumatisme de la jambe, avait été pris de mouvements choréïques, M. Potain avertit les parents que l'enfant pouvait être considéré comme rhumatisant et conseilla de prendre, dans ce sens, certaines précautions. Or, quelque temps après survint une crise de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, et l'enfant mourut.

M. Sevestre cite le cas d'un enfant de 9 ans, qui fut pris tout d'abord d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, contre laquelle le salicylate de soude réussit fort bien. Quinze jours après survenait de la chorée, puis, quelques jours plus tard, une endocardite.

La chorée avait donc servi de trait d'union entre l'atteinte de rhumatisme et l'affection cardiaque. Il est bien difficile de nier l'action du rhumatisme dans des cas analogues.

M. Cadet de Gassicourt a observé de nombreux faits dans lesquels on voit la chorée alterner avec le rhumatisme. Il y a donc des chorées rhumatismales, et ces cas sont très nombreux. Si on avait exagéré autrefois, en prétendant que presque toutes les chorées sont rhumatismales, il ne faut pas exagérer en sens inverse, en disant qu'elles sont presque toutes de nature nerveuse.

Quant à l'argument que M. Comby tire de la thérapeutique, il n'est point suffisant, puisque, comme M. d'Heilly l'a déjà dit, le salicylate de soude n'agit point sur les déterminations abarticulaires du rhumatisme.

M. Raymond a souvent observé cette alternance du rhumatisme et de la chorée; ce sont évidemment alors deux manifestations de la même maladie.

M. Chantemesse : Si certaines chorées sont en rapport avec le rhumatisme, il en est d'autres, des plus nettes, des plus classiques, à ne considérer du moins que la nature du tremblement, qui en sont tout à fait indépendantes. Une jeune fille de 21 ans fait, il y a quelque temps, une chute sur le dos. Trente-six heures après, elle est prise de mouvements ayant toutes les apparences de la chorée de Sydenham. Mais, en même temps, on pouvait constater de l'ovaralgie, de l'anesthésie pharyngée, de l'hémi-anesthésie cutanée, tous les stigmates de l'hystérie. Cette chorée guérit brusquement un mois après, par l'application d'un aimant. Voici donc un cas qui ressemblait complètement à la chorée d'évolution par la forme du tremblement et qui cependant était une chorée hystérique.

M. Raymond : Les faits de ce genre prouvent simplement que le tremblement hystérique peut simuler le tremblement de la chorée de Sydenham, de même qu'il simule celui de la sclérose en plaques, celui de la paralysie agitante.

M. Cadet de Gassicourt : Il est évident qu'on peut aujourd'hui rattacher à l'hystérie certaines chorées qu'on aurait autrefois dites rhumatismales. Mais ceci ne prouve pas que, dans la majorité des cas, la chorée n'est pas une manifestation rhumatismale, un *rhumatisme nerveux*.

M. Comby a insisté sur l'anesthésie du voile du palais qu'il a trouvée assez souvent, et il en a fait un argument contre la nature rhumatismale de la chorée. Mais cette anesthésie se retrouve très fréquemment chez des enfants non hystériques; d'autre part elle n'existe pas parfois chez des sujets hystériques. Il ne faut donc pas rechercher la tare hystérique du côté du pharynx.

M. Rendu : Un de mes externes, répétiteur dans un lycée, a, sur ma demande, cherché l'anesthésie pharyngée chez un grand nombre d'élèves. Il l'a trouvée une fois sur cinq. On ne peut point dire cependant que le cinquième des enfants est hystérique.

En revanche l'hémi-anesthésie cutanée a une valeur véritable. Elle ne se rencontre point dans la chorée rhumatismale, et, dans le cas de M. Chantemesse, elle suffisait à éclaircir le diagnostic.

M. Barrié a eu plus de 200 observations de chorée; dans les quatre cinquième des cas, la parenté avec le rhumatisme était très nette.

— M. Laboulbène communique deux faits d'expulsion, en une seule fois, de nombreux tœnias inermes. Dans le premier cas, sous l'influence de la pelletiérine, 21 têtes de tœnia furent évacuées; dans le second, le même médicament provoqua l'expulsion de 35 têtes de tœnia. Ce chiffre est le plus élevé que M. Laboulbène ait relevé dans sa pratique.

FORMULAIRE

Traitement de la sclérose du poumon. — H. Barth.

Lorsque la sclérose du poumon s'est établie, à la suite d'une phlegmasie aiguë ou sub-aiguë, dont la résolution s'est incomplètement effectuée, il faut autant que possible empêcher l'altération d'envahir les parties restées saines. Pour ce motif, il est indispensable d'éviter les retours de bronchite ou de broncho-pneumonie, d'écarter toutes les causes de fatigue du cœur, de modérer les efforts physiques. — S'il se déclare de l'hémoptysie, on doit s'efforcer de calmer la toux, les efforts respiratoires et l'éréthisme cardiaque. Dans ce but, on injecte la morphine, à dose suffisante pour provoquer le sommeil (1 centigramme et demi à 2 centigrammes). Au réveil, si la toux se reproduit, on renouvelle l'injection. — Repos absolu au lit, lait froid, glace pour calmer la soif. — Dans le cas de bronchite putride avec foyers gangréneux, on obtient parfois de bons résultats, en faisant pratiquer, plusieurs fois par jour, des inhalations d'acide phénique,

à l'aide d'un flacon à deux tubulures. On combat la fièvre, et on soutient les forces du malade au moyen de l'alcool à haute dose. — Renouveler l'air de la chambre aussi souvent que possible. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 27 mai 1891, M. le docteur Catat a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— A la suite de la mise en adjudication, à Bruxelles, des *Annales d'oculistique*, ce journal, fondé en 1837 par Florent Cunier et continué par Warlomont, est passé entre les mains de notre confrère le docteur Valude, médecin adjoint de la Clinique des Quinze-Vingts.

Ce journal, pour être transplanté de Bruxelles à Paris, n'en perdra point son caractère, et le nouveau directeur. en s'associant des collaborateurs de Suisse et de Belgique, lui conservera sa destination d'être l'organe ophthalmologique des pays de langue française.

Les vaccinations antirabiques a l'Institut Pasteur en 1890. — M. L. Perdrix vient de publier dans les *Annales de l'Institut Pasteur* le résultat des vaccinations antirabiques, pendant l'année 1890. Pendant cette année, 1,546 personnes ont subi le traitement.

Parmi les 1,546 personnes traitées, 11 sont mortes de rage après la fin des inoculations. La mortalité totale a donc été de 0,71 p. 100. Mais sur les 11 personnes mortes de rage après la fin des inoculations, 5 ont succombé plus de quinze jours après la fin du traitement et 6 dans les quinze jours qui l'ont suivi.

Pour juger de l'efficacité de la vaccination, il y a lieu de ne faire entrer en ligne de compte que les 5 morts, parce que, d'après les expériences faites sur les chiens, on est autorisé à penser que les centres nerveux des personnes mortes de rage dans les quinze jours qui suivent le traitement ont été envahis par le virus rabique pendant le traitement lui-même. Celui-ci n'ayant pu être achevé n'a pas eu toute son efficacité. Nous avons déjà fait observer dans les statistiques antérieures que les chiens inoculés après trépanation, sous la dure-mère, avec le virus de la rage des rues, mettent quatorze à dix-huit jours à prendre la maladie.

Dans ces conditions, la proportion des morts après le traitement est de 0,32 p. 100.

Si l'on considère la mortalité d'après le siège de la morsure, on trouve qu'elle est de 0,85 pour les morsures à la tête, de 0,45 pour les morsures aux mains, de 0 pour les morsures aux membres et au tronc.

La statistique générale, depuis l'origine des vaccinations jusqu'au 31 décembre 1890, donne des résultats de même ordre, morsures à la tête et au visage, mortalité 2,02 p. 100; morsures aux mains, 0,62 p. 100; aux membres et au tronc, 0,26 p. 100. (*Bull. méd.*)

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin.** — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Trait^t physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris, — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La future Faculté de Marseille.

Nous avons attendu, pour reparler de cette question, que nous fussions mieux renseigné sur elle. A première vue, il nous avait semblé que la création d'une Faculté de médecine à Marseille devait réunir tous les suffrages; et, bien que ce projet rencontre des adversaires, il nous semble encore qu'il est des plus justifiés. Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, qu'il est sérieusement question de créer cette Faculté. Vers 1883, peu s'en est fallu qu'elle ne le fût, et M. Malassez a raconté récemment, dans le *Journal des connaissances médicales*, comment et pourquoi les projets du Conseil municipal d'alors n'ont pu aboutir, et ont échoué au port.

Quels sont les motifs qui militent en faveur de cette fondation? L'Ecole actuelle est insuffisante, et Marseille mérite d'avoir mieux que ce qu'elle a, en raison des ressources immenses dont elle peut disposer.

L'insuffisance de l'Ecole actuelle se manifeste de toutes manières : locaux étroits, mal situés, services se gênant les uns les autres; instruments de prix relégués au grenier faute de place; impossibilité d'utiliser les matériaux fournis par les hôpitaux, etc., etc.

Ces matériaux sont considérables et justifieraient à eux seuls le désir des Marseillais de posséder une Faculté de médecine ; la population de la ville est de 406,000 âmes, fournissant en moyenne 20,000 malades; elle progresse rapidement, et tend à passer du troisième rang de ville française au deuxième, avant Lyon, ce dont la ville n'est pas peu fière. Si on la compare à Montpellier, qui est le principal obstacle à la promotion de Marseille, cette comparaison est écrasante : à Montpellier, il y a 48,000 habitants et une moyenne annuelle de 3,000 malades, près de huit fois moins de population et de malades dans l'une que dans l'autre. Ce sont évidemment ces ressources cliniques qu'il est très regrettable de perdre et qu'il faudrait utiliser en créant une Faculté à Marseille. Qu'on n'objecte pas le voisinage trop rapproché de Lyon, Toulouse, Bordeaux et Montpellier; en Suisse, il y a Bâle, Berne, Zurich, Fribourg, Genève et Lausanne; total, 6 Facultés pour 2 millions d'individus. D'ailleurs, Marseille ne s'alimenterait pas exclusivement d'étudiants français; créée avec l'arrière-pensée de faire des docteurs en quatre années d'études, en obligeant les professeurs à voir en une année toute la partie de la pathologie qu'ils auraient mission d'enseigner, à être surtout des répétiteurs, elle attirerait certainement les étudiants des pays

voisins, italiens, grecs, espagnols, égyptiens, algériens, que cette manière d'enseigner attire en Italie ou en Allemagne.

Que sera la nouvelle Faculté? Deux projets sont en présence : les uns veulent une Faculté purement municipale, entièrement libre, se passant du contrôle de l'Université; les autres, une Faculté municipale en ce sens que c'est la ville qui en paye les frais pendant trente années, mais sous le contrôle de l'Etat. Voici d'ailleurs les propositions faites par la ville, et qui nous paraissent très acceptables par l'Etat :

1° La Faculté municipale sera entretenue pendant trente années par la ville, à la condition que l'Etat la reprenne au bout de ce temps;

2° Le budget ne sera pas supérieur à 345,000 francs, ni inférieur à 305,000 francs;

3° La Faculté occupera le château du Pharo; il sera créé un Institut anatomique. Les aménagements intérieurs du Pharo sont estimés à 300,000 fr.: la construction d'un Institut anatomique est estimée à 430,000 francs;

4° La ville fournira les cliniques indispensables à l'enseignement: les cliniques seront réorganisées à l'Hôtel-Dieu et à la Charité; le concours de la ville ne pourra excéder sur ce point 250,000 francs:

5° L'ouverture de la Faculté aura lieu dès l'achèvement de l'aménagement du Pharo;

6° L'ancien amphithéâtre d'anatomie de la Montée-Saint-Esprit sera destiné aux autopsies;

7° Le jardin botanique du parc Borely fera retour au service ordinaire des plantations; un nouveau jardin botanique sera aménagé dans le parc du palais du Pharo;

8° Les professeurs titulaires recevront 6,000 francs; les suppléants, 2,500 francs.

Il existe actuellement 18 chaires de titulaires et 3 suppléants (pathologie générale, anatomie normale, chimie organique). On créera 7 chaires nouvelles (gynécologie, dermatologie, syphiligraphie, maladies nerveuses, médecine opératoire, toxicologie et bactériologie) et 6 suppléants (ophthalmologie, maladies des enfants, maladies des vieillards, botanique, chimie analytique et toxicologie, physique).

En résumé, d'après le projet, il y aurait 25 professeurs titulaires, 9 professeurs suppléants, 19 chefs de travaux pratiques, 6 préparateurs, 11 préparateurs adjoints, 3 aides, 1 secrétaire, 1 aide-secrétaire, 1 bibliothécaire et son aide, 24 garçons, 1 appariteur, 1 garçon de bibliothèque, 1 jardinier, 1 aide-jardinier, 2 concierges; en tout (style administratif), 49 employés. Il y aurait en outre 2 chefs de clinique médicale, 2 chefs de clinique chirurgicale, 1 d'ophthalmologie, 1 d'obstétrique, 1 de dermatologie, 1 de syphiligraphie, 1 des maladies des enfants, 1 des maladies des vieillards, 1 des maladies mentales, 1 d'anatomie normale, 1 aide d'anatomie pathologique, 2 de physiologie, 1 de botanique et zoologie, 2 de chimie, 1 de pharmacie, 1 de bactériologie.

Les titulaires toucheront 6,000 francs; les suppléants, 2,500 francs; les chefs de travaux pratiques, 1,600 francs; les préparateurs, 1,500 francs; les préparateurs adjoints, 1,200 francs; les aides, 1,000 francs.

On sait ce que c'est que le Pharo. Il forme comme une pointe de 100,000 carrés de superficie qui s'avance dans la mer en protégeant l'entrée du vieux port, et en faisant face à l'entrée des ports nouveaux de la Joliette; un champ de manœuvres et un fort l'entoure du côté gauche; la mer à

droite; plus à gauche se trouve l'anse des Catalans. Est-ce la meilleure situation possible? Non, car elle est un peu trop éloignée du centre; mais des tramways et des bateaux y conduisent, et ce n'est pas loin de l'Hôtel-Dieu. D'autre part, le Pharo est trop balayé par le mistral, trop près de la mer, les instruments en souffriront beaucoup. Il eut mieux valu réunir la Faculté des sciences, qu'on va reconstruire, et la Faculté de médecine dans le vieux cimetière Saint-Charles (déclassé) près de la gare: mais la gare nouvelle a des prétentions sur ce terrain-là. Mais il faut en finir vite, et c'est pour cela qu'on a pris le Pharo, qu'on complètera par la création d'Instituts, d'abord l'Institut anatomique, puis d'autres plus tard. Le Pharo est prêt; il n'y a qu'à l'aménager et ce sera vite fait. Peut-être les projets d'installation laissent-ils un peu à désirer; chacun tire à soi la couverture, tout le monde ne sera peut-être pas satisfait, mais il faut bien que chacun y mette du sien si l'on veut que la question reçoive une solution.

Evidemment, l'Etat ne peut refuser un aussi beau cadeau; celui-ci, outre sa valeur intrinsèque, possède encore un autre avantage, celui de lui permettre de caser beaucoup de jeunes gens frais émoulus des concours de Paris, ou qui concourent encore, dans les nouvelles places de titulaires, de suppléants, de chefs des travaux, etc, Ce ne sont pas les sujets qui manquent pour remplir ces places, tant s'en faut; mais les appointements sont peut-être un peu maigres.

Un argument qu'on m'a fait valoir encore pour engager l'Etat à prendre en main la nouvelle Faculté, c'est que, si la municipalité est abandonnée à elle-même, elle créera la Faculté, car elle en a le droit, et celle-ci sera cléricale, mais, comme je n'aime pas beaucoup à mêler la politique à la science, je n'insiste pas sur ce point. Je reconnais toutefois que, s'il devait en être ainsi, l'Etat n'aurait pas à hésiter. Quoi qu'il en soit, les plans de la Faculté projetée sont revenus du ministère avec une lettre du recteur demandant que le Conseil de l'Ecole dise ce qu'il pense de la création d'une Faculté libre. Voici le texte de la réponse du Conseil, votée article par article, samedi dernier.

Le Conseil de l'Ecole, invité formellement par M. le recteur à donner son avis sur la création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie à Marseille, a l'honneur de faire les remarques suivantes en réponse à la question qui est posée :

1° Les locaux de l'Ecole actuelle et les moyens matériels d'étude dont elle dispose étant relativement insuffisants, il est de l'intérêt de l'enseignement supérieur de profiter des bienveillantes dispositions de la municipalité pour permettre d'utiliser les nombreuses ressources hospitalières et scientifiques que présente une ville de plus de 400,000 habitants;

2° L'aménagement du Pharo, tel qu'il est proposé dans les plans soumis à notre appréciation, paraît réaliser ces *desiderata* et l'enseignement supérieur doit accepter avec reconnaissance les réelles améliorations apportées spontanément par une municipalité éclairée;

3° Elle espère que, s'inspirant des seuls intérêts scientifiques, l'Etat ne manquera pas de seconder ces excellentes dispositions, en acceptant une Faculté que la ville crée et entretient à ses frais pendant trente ans;

4° Elle conserve la conviction que, quelle que soit la décision prise par l'Etat, l'Ecole ne sera point exposée à perdre son caractère et ses prérogatives universitaires, auxquelles elle attache le plus haut prix.

Ce dernier article laisse supposer que, dans le cas où l'Etat n'accepterait

pas la tutelle de la nouvelle Faculté, l'Ecole et la Faculté, l'une universitaire et l'autre municipale, existeraient et fonctionneraient parallèlement. Je ne vois pas bien dans ce cas le rôle que jouerait l'ancienne Ecole, à moins que ce ne soit celui de cinquième roue. La ville, ayant le droit de disposer de ses hôpitaux, pourrait en fermer la porte aux professeurs de l'Ecole, et réserver ses services pour ses propres professeurs; les élèves en pareil cas seraient obligés de choisir entre la Faculté et l'Ecole, et je crains qu'ils ne se décident pas en faveur de cette dernière.

De toutes façons, le mieux nous paraît donc encore pour l'Etat d'accepter les offres du Conseil municipal de Marseille, offres que le Conseil de l'Ecole actuelle considère comme de nature à répondre aux *desiderata* que présente la situation.

Des poumons dans la maladie bleue ou cyanose.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 mars 1891,

Par P. Duroziez.

La maladie bleue existe, on la rencontre à chaque pas dans les auteurs qui ont traité des lésions fœtales du cœur. Les uns soutiennent la théorie de E. Gintrac, le passage du sang noir dans le sang rouge sans travail pulmonaire; les autres, la stase par obstacle. Sous prétexte d'analogie de couleur, on confond des états disparates; sous prétexte de quelques cas négatifs, on annule la quantité des faits positifs. La maladie bleue existe. Vous croyez que le sang noir passe à gauche, que le sang de l'artère pulmonaire passe dans l'aorte; le contraire peut-être arrive. Une quantité suffisante de sang veineux est nécessaire à la cyanose. Le sang veineux n'est pas toujours noir chez les anémiques et les chlorotiques, il ressemble à du sang artériel.

Le régulateur de la cyanose est le poumon, non pas simple obstacle, mais n'épurant pas le sang. Le poumon fonctionne, la cyanose manque.

Que de cyanoses sans obstacles!

En clinique, les exceptions ont tort. Nous les comprenons mal; rien autre.

Qui confondra la stase de l'anévrysme artérioso-veineux spontané de la veine cave supérieure et de l'aorte avec la cyanose?

Quelques lésions pulmonaires se rapprochent de la maladie bleue; on n'y trouve pas le passage direct d'une partie du sang noir dans le sang rouge. Dans la maladie bleue, on n'a pas les stases qui donnent aux lésions cardiaques et pulmonaires leur aspect; on n'a pas l'œdème.

Dans la maladie bleue, on ne voit que les rétrécissements, on ne voit pas les passages.

Les lésions chez le fœtus varient comme chez l'adulte. Les ouvertures ne sont pas maintenues par le seul effort du sang; elles sont modifiées par l'inflammation, deviennent insuffisantes. L'inflammation les rétrécit avant l'époque. Tantôt rétrécissement, tantôt insuffisance des communications interventriculaires, interauriculaires, du canal artériel, etc. Rien de fixe.

De l'irrégularité partout et des accommodements. Suivant l'un, le rétrécissement pulmonaire maintient les ouvertures entre les oreillettes et les ventricules; suivant l'autre, la persistance des ouvertures produit le rétré-

cissement pulmonaire. L'inflammation donne raison aux deux. Nous sommes dans l'irrégularité, dans l'imprévu.

Comme d'autres, nous avons vu la cyanose manquer dans des cas de ventricule unique.

Pize (Anomalies cardiaques et vasculaires qui peuvent causer la cyanose. Th. in., 1854): « Chez certains reptiles qui ont des cœurs dont les cavités communiquent entre elles, il paraît, d'après les travaux du docteur Antonio Ollivieri, que, grâce à la disposition décrite par lui, le mélange n'a lieu, pendant la vie, entre le sang veineux et le sang artériel, que quand la circulation pulmonaire est momentanément embarrassée ou arrêtée. Les observations du docteur Antonio Ollivieri confirment nos idées sur certains cas de cyanose subite pouvant se manifester à la suite de troubles de la circulation pulmonaire. »

Il est mieux de chercher pourquoi, dans certains cas, la cyanose ne se produit pas que de nier la fréquence qui éclate dans toutes les collections.

Le sang, chez le fœtus, trouve assez d'oxygène dans le placenta pour être rouge. Le sang ne peut-il pas, dans certains cas, emporter du poumon assez d'oxygène pour rester rouge?

Un jour viendra, dit-on, où on diagnostiquera les lésions anatomiques du cœur et on n'appliquera plus le terme de cyanose à une maladie cardiaque. Il n'en restera pas moins des cas de ventricule unique avec et sans cyanose, et on cherchera pourquoi les uns sont cyanosés et les autres ne le sont pas.

Nous ne contestons pas l'utilité de savoir qu'il existe une communication anormale; à la moindre gêne, le sang veineux passera dans le sang artériel.

On diagnostiquera les cas simples. Espérer le diagnostic anatomique de toutes les variétés est un leurre. On sera heureux de trouver la cyanose comme guide dans ce dédale.

On refuse à la cyanose le privilège de représenter la maladie bleue qu'on accepte. Qui peut le faire mieux qu'elle? Elle a la signature en bleu. Nous n'avons pas mieux; gardons-la.

Nous accordons qu'on n'appelle pas cyanose un cas sans cyanose.

On dit que la cyanose existe dans les lésions du cœur, dans l'asthme, etc. Il y a cyanose et cyanose. C'est à nous de savoir laquelle. La cyanose bleue à circulation libre diffère de la cyanose noix muscade. On ne confond pas la cyanose cardiaque avec la maladie bleue.

Hénocque nous montrera au spectroscope que le sang bleu diffère du sang asystolique Accusons-nous de ne pas distinguer des êtres différents.

On a tourné la difficulté : la cyanose bleue est due à la gêne de la circulation; c'est de la cyanose asystolique. Et, à côté : le sang se fraye des voies, se détourne pour échapper à la stase.

On se plaît à dire que le mélange des deux sangs n'a pas d'importance, ne produit pas le bleu. Il est entendu qu'il ne s'agit que de l'invasion du sang noir dans le sang rouge. Plus il en entre, plus les accidents sont graves.

Il reste à déterminer les conditions de l'entrée qui varient à chaque instant, par les repas, par le sommeil, la marche et les émotions.

La maladie bleue, la cyanose, a pour base la communication entre les cavités droites et gauches du cœur, l'atrophie du poumon et la déformation du thorax.

Les poumons dominent la scène. Dès que la circulation est entravée, ils

souffrent et ne sont pas prêts quand la vie extra-utérine les réclame. Avec leur état, les accidents éclatent plus ou moins rapides. Tel individu vit quelques heures, tel autre vit soixante ans. Plus du tiers a disparu dès la première année.

Passé 20 ans, les sujets sont rares.

Les poumons sont flétris, atrophiés. On n'en a pas tenu compte. Grancher, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, cite, en passant, la congestion. E. Gintrac, qu'on lit toujours avec profit, donne l'éveil sans éclat. Les poumons, dit-il, ont été rarement volumineux (1 cas), plus souvent petits, affaissés (9 cas). Leur tissu n'a fréquemment offert aucune altération (12 cas). Qu'est-ce à dire? — *Obs. II :* Les poumons à la surface n'offrent aucune altération; cependant ils sont petits, comprimés, peu extensibles et font assez connaître qu'ils n'étaient pas propres à s'acquitter de leurs fonctions. — *Obs. VI :* Poumons très petits, flasques et affaissés, sans inflammation ni tubercules. — *Obs. XVIII :* Poumons un peu flasques. — *Obs. XXXVII :* Poumons denses, noirâtres, un peu moins volumineux que la grandeur du sujet ne le comportait; pas de tubercules, adhérences.

Et, dans d'autres, des altérations sont notées, adhérences, congestion, etc. Dans 4 cas, la tuberculisation; dans 2 cas, la suppuration.

A l'aide du livre de E. Gintrac nous établissons la fréquence des altérations du poumon, la flétrissure, l'atrophie. Nous ne parlons que des malformations congénitales. Dans le rétrécissement pulmonaire acquis, C. Paul a montré la tuberculisation, non l'atrophie. Nous avons observé l'atrophie des poumons avec la cyanose dans un cas où les deux branches pulmonaires étaient bouchées par des caillots anciens.

Les poumons sont atrophiés; à la moindre gêne, l'étouffement et la noirceur éclatent. Tout dépend des poumons qui ont plus ou moins souffert pendant la vie fœtale.

La coqueluche détermine l'explosion comme tout effort violent.

Les malformations de la poitrine accompagnent la malformation du cœur. On a insisté sur la coïncidence des gibbosités avec la persistance ou plutôt le rétablissement du trou de Botal. En même temps que les différentes communications anormales, on trouve le thorax aplati d'avant en arrière ou latéralement, rétréci à la base ou en haut; le sternum bombe, les côtes inférieures rentrent attirées par les contractions du diaphragme. Le poumon entraîne la cage. Le thorax doit être examiné et mesuré, qu'il s'agisse ou non de maladie bleue.

Quels déchets sont versés par le sang veineux dans le sang artériel? Quelqu'idée qu'on ait sur la présence du glycose, du glycogène et des substances albuminoïdes ou hydrocarbonées dans le sang artériel, question compliquée quoique chimique, il faut admettre que le sang veineux est autre que le sang artériel. Nous aurions cru que le glycose du sang veineux passe dans les artères. On nous dit non. La cyanose bleue produirait-elle par hasard la glycosurie? C'est à voir

L'asthme diffère de la maladie bleue, en coloration; dans l'asthme, la cyanose est générale; on ne voit pas ces réserves de couleur dues à la malformation; dans la maladies bleue, outre la teinte générale, il y a des points de prédilection, de l'ataxie congestive; les extrémités surtout sont frappées, phalangettes, orteils, nez, lèvres. La teinte, comme un accès fébrile, s'exagère et disparaît tout à coup; elle va par accès. La teinte bleue saute aux

yeux, s'impose, reste le signe de la malformation et mérite l'honneur que lui a fait E. Gintrac.

REVUE DES CLINIQUES

Accidents et suites de la thoracenthèse, par M. le professeur Potain (1). — Les causes de mort à la suite de la thoracentèse peuvent être de deux ordres : 1° Congestion pulmonaire. Elle suit l'extraction du liquide et s'accompagne d'une hypersécrétion bronchique considérable et albumineuse. Cette hypersécrétion résulte de la pénétration de l'air dans des bronches déshabituées de ce contact et non de la distension du poumon, car elles se produisent dans des cas de fistules pleuro-bronchiques où il y a pénétration facile de l'air. Quand la toux survient, il faut arrêter l'opération quelques instants pour la reprendre ensuite.

2° Syncope. Lorsque, pour une raison quelconque, on peut craindre l'apparition de cet accident, il faut extraire peu de liquide et aller très lentement. Ce serait le cas d'opérer dans la position horizontale. Après, il faut tenir les malades au repos absolu.

3° Embolie. Elle provient de caillots des veines pulmonaires. Le cœur peut être arrêté, ou bien les embolies sont projetées dans diverses artères sylviennes (hémiplégie); petites artères cérébrales (abcès du cerveau), autres artères (infartus divers); on peut observer encore l'embolie de l'artère pulmonaire. Enfin les malades (et il s'agit presque toujours alors de vieillards) peuvent succomber parfois à une sorte de faiblesse cardiaque. Le cœur ne peut plus mettre en mouvement la masse de sang plus volumineuse qui le traverse.

Les accidents consécutifs à la thoracentèse sont, en sommes, très rares.

Il ne faut jamais pousser trop loin l'opération, et on doit se contenter d'extraire la moitié du liquide contenu.

C'est une précaution inutile que de faire un petit vide dans le bocal, et il est bien certain que ce n'est pas à l'appareil aspirateur que l'on doit attribuer les accidents, ces derniers se sont produits aussi avec la canule de Reybard, sans aspiration.

On a encore attribué aux appareils la transformation du liquide séreux en liquide purulent. L'asepsie des instruments ne doit plus nous faire redouter cette éventualité.

Dans les cas d'épanchement récent et moyen, le déplissement pulmonaire se fait bien et souvent pendant l'opération elle-même.

Dans d'autres circonstances, pendant l'opération, on ne constate aucun changement ni par la percussion ni par l'auscultation. Cela tient tout d'abord à ce que le liquide était étendu en largeur; ce sont surtout les parois thoraciques distendues qui reviennent sur elles-mêmes après l'évacuation. Le niveau du liquide ne change guère. D'autre part, le poumon peut ne pas se distendre tout de suite, parce qu'il est *atélectasié.* C'est ce qui arrive quand l'épanchement est ancien. Dans ce cas, pas de modifications d'abord; mais, le lendemain, on constate que la matité a disparu; cependant la quantité de liquide n'a pas changé depuis la veille.

Dans d'autres cas, le poumon se déplisse assez rapidement, et l'on constate le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire. Puis, le lendemain, dans cette même zone, nouvelle matité, nouvelle absence du murmure vésiculaire. Ce n'est pas qu'il y ait reproduction du liquide, mais on se trouve en présence d'une congestion pulmonaire qui s'est faite progressivement et n'est pas dangereuse.

Dans les cas d'hypersécrétion bronchique abondante et menaçante, le remède souverain est l'injection de morphine qui arrête du coup la toux et l'expectoration. On a même conseillé de faire préventivement une injection de morphine dans toutes les thoracentèses. Cette précaution est inutile, car l'accident est rare et on a le temps d'intervenir.

(1) Résumé d'après le *Médecin moderne.*

Contre la congestion intense, les ventouses sèches et scarifiées, très exceptionnellement la saignée, seront utiles.

Les changements qui se produisent dans le niveau du liquide sont divers et ne sont souvent qu'apparents. Le déplissement rapide du poumon peut avoir pour effet de refouler le liquide autour de lui et de lui donner un niveau supérieur. Au contraire, dans le cas de décongestion rapide du poumon, le liquide se porte à la partie inférieure et le niveau est abaissé.

Il y a quelquefois abaissement progressif du niveau de l'épanchement, et c'est à cause de cette éventualité favorable qu'il est inutile d'enlever trop de liquide ou de refaire rapidement une autre ponction. M. Potain n'a conseillé la ponction que dans 2 cas; M. Vidal, sur 98 cas, n'a rencontré que 11 fois cette nécessité.

Dans d'autres cas, le liquide reste stationnaire presque indéfiniment. C'est ce qui arrive dans les épanchements que l'on a laissé vieillir. Il est donc faux de dire que, lorsqu'il n'y a pas d'accidents dans une pleurésie, la thoracentèse est inutile. De fait, lorsqu'un épanchement séjourne trop longtemps dans la plèvre, il l'habitue pour ainsi dire à sa présence, si bien que *la plèvre ne peut plus se passer du liquide contenu*. Le liquide se reproduit à mesure des ponctions. Aussi on ne doit pas laisser séjourner un épanchement dans la plèvre au-delà de trois semaines au plus. On doit attendre moins encore quand aucune modification ne se produit, malgré les traitements médicaux.

Enfin, le liquide peut se reproduire et augmenter. Lorsque l'on voulait tout retirer, cela était plus fréquent. D'autre part, la cause de l'épanchement peut ne pas être épuisée (tuberculose). Il faut employer d'abord les moyens capables de modérer le travail pleural : ventouses sèches et scarifiées, saignée (?), puis vésicatoires, diurétiques (ne pas donner la digitale).

Dans l'état subaigu, on donnera des purgatifs et des diurétiques (nitre, acétate de potasse).

Un traitement à signaler est celui par le chlorure de sodium. On met le malade à la diète sèche et on lui administre le chlorure de sodium à la dose d'une cuillerée à café toutes les deux heures (48 gr. dans les vingt-quatre heures). On obtient ainsi une augmentation considérable des urines, le retour de l'appétit et des forces, et une résorption rapide du liquide.

Enfin, il faudrait de nouveau recourir à la thoracentèse, si le liquide n'avait aucune tendance à se résorber.

Ultérieurement, l'épanchement disparu, combien faudra-t-il de temps pour une guérison complète? Tout dépend de l'état de la plèvre, car, parmi les pleurésies aiguës, il en est de rhumatismales et d'autres sont tuberculeuses.

Quelquefois, la tuberculisation ne fournit pas encore de signes constatables. Landouzy va jusqu'à dire que 98 p. 100 des pleurésies sont tuberculeuses. Cela paraît exagéré à M. Potain. Il n'en est pas moins certain que bon nombre d'individus, non encore manifestement tuberculeux, sont des tuberculeux latents, de sorte qu'un certain nombre de pleurésies se rattachent, plus ou moins directement, à la tendance tuberculeuse. Mais ces pleurétiques tuberculeux ne continuent pas tous leur tuberculose jusqu'à ce que la mort s'ensuive, et souvent la pleurésie guérit et la santé se rétablit.

L'examen du liquide extrait par la thoracentèse peut fournir des renseignements importants. Méhu a démontré que, lorsque la densité du liquide dépasse 1,015, on a affaire à des pleurésies de bonne nature. Au contraire, lorsque la densité est notablement inférieure, les chances de reproduction sont infiniment plus grandes.

BIBLIOTHÈQUE

La grande chirurgie de Guy de Chauliac, chirurgien, maître en médecine de l'Université de Montpellier, composée en l'an 1363, revue et collationnée sur les manuscrits et imprimés latins et français, ornée de gravures, avec des notes, une introduction sur le Moyen âge, sur la vie et les œuvres de Guy de Chauliac, un glossaire et une table

alphabétique, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, ancien membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Paris, Félix Alcan.

Le livre de Guy de Chauliac est le plus complet et le plus méthodique qui ait été écrit sur la chirurgie jusqu'au XIVe siècle. Il forme une date dans l'histoire de cette science; il résume la chirurgie des Grecs, celle des Arabes et des chirurgiens du Moyen âge, aussi a-t-il joué un rôle considérable dans l'étude et dans l'enseignement de la chirurgie. Traduit dans toutes les langues dès le XIVe siècle, il a été imprimé en 1478 et a eu jusqu'en 1683 soixante-neuf éditions, en même temps qu'on en faisait un grand nombre de résumés.

L'ouvrage que nous annonçons est divisé en trois parties. L'une comprend le texte de Guy de Chauliac, revu et collationné, de sorte que cette édition est la plus exacte de toutes celles qui ont paru ; des notes nombreuses ont été ajoutées par M. Nicaise, pour indiquer les variantes principales et donner le texte latin original, dans tous les cas où le sens de la phrase pouvait prêter à des interprétations diverses.

Ce traité de chirurgie n'offre pas seulement un très grand intérêt historique; par la pratique suivie par Guy de Chauliac, il se rattache d'une façon singulière à celle qui est actuellement adoptée dans le pansement des plaies, et la description d'un bon nombre d'affections mérite encore d'être lue aujourd'hui.

La partie historique, traitée par M. Nicaise, forme l'introduction du livre; pour en faire connaître l'importance, il suffit de transcrire l'en-tête des principaux chapitres :

Le Moyen âge dans ses rapports avec les sciences. — La médecine et la chirurgie avant le XIVe *siècle; doctrines médicales; auteurs cités par Guy; leurs livres. — Essai sur la médecine et la chirurgie au* XIVe *siècle. — Biographie de Guy de Chauliac* (c'est la première fois qu'elle est faite). — *Histoire du Traité de chirurgie de Guy de Chauliac depuis le* XIVe *siècle jusqu'au* XIXe *siècle, avec l'indication de toutes les éditions et un résumé historique pour chaque siècle.*

Enfin, la troisième partie porte le nom de glossaire. Elle donne la liste de tous les produits de matière médicale (800 environ) employés au XIVe siècle, avec leur nom scientifique actuel; l'histoire des instruments de chirurgie employés au XIVe siècle avec des figures, et enfin un glossaire des termes d'anatomie, de pathologie, de vieux français, de tout ce qui peut, en un mot, servir à guider et à éclairer le lecteur dans la lecture des auteurs anciens. Des reproductions de miniatures provenant des manuscrits de Guy de Chauliac, et toutes inédites, font revivre un certain nombre de scènes médicales du Moyen âge fort intéressantes.

REVUE DES THÈSES

De la tuberculose chirurgicale. — Suites immédiates et éloignées de l'intervention. Traitement pré et post-opératoire, par le docteur Paul Thiéry.

Malgré leur longueur, nous donnerons *in extenso* les conclusions de cette très intéressante thèse :

A. *Fréquence et nature des tuberculoses locales.*

1° Les tuberculoses locales sont d'une fréquence extrême qui est au contingent des maladies chirurgicales ce qu'est la tuberculose pulmonaire en pathologie interne.

2° Les tuberculoses dites locales ne sont, en réalité, comme le démontrent la clinique et l'expérimentation, que des tuberculoses périphériques et localisées et leur suppression pure et simple sans autre traitement adjuvant ne saurait assurer contre la récidive ou la tuberculose viscérale; en fait, il existe un temps où la tuberculose est locale, mais celui-ci est excessivement court et ne saurait être pris en considération dans le traitement chirurgical de ces lésions.

3° Il y a cependant lieu d'opérer les tuberculoses locales qui peuvent constituer pour le malade de graves infirmités ou être une cause d'épuisement pour l'organisme : abandonnées à la nature ou soumises à la thérapeutique médicale seule, elles n'ont pas de tendance à la guérison.

B. *Suites immédiates des interventions.*

1° Envisagées d'une façon générale, les suites immédiates des interventions sont encourageantes.

2° Elles comprennent des résultats bons (succès opératoires) et médiocres du côté de l'état local; des résultats souvent bons du côté de l'état général.

3° Mais il faut remarquer : *A*. Que ces résultats sont d'autant meilleurs qu'on se rapproche davantage du début de la manifestation locale, ou que l'opération a pour but de supprimer un foyer de rétention ou de suppuration. Dans le premier cas, on peut toujours espérer et obtenir la réunion immédiate ; dans le second, l'état général est le plus souvent heureusement influencé. — *B*. Que ces résultats immédiats sont soumis à quelques variations qui proviennent : 1° du fait de la coexistence de la tuberculose pulmonaire; 2° de la nature et du siège de la lésion, certaines régions et certaines variétés de tuberculoses locales étant véritablement privilégiées; 3° de la nature de l'intervention, influence variable d'ailleurs dans chaque ordre de lésions.

4° Le maximum opératoire est applicable aux tuberculoses bien localisées, sans diffusion à travers les tissus voisins; le minimum opératoire (topiques, injections modificatrices, etc.) trouve son application dans les cas contraires.

5° Dans tous les cas l'opération incomplète ne doit être qu'un pis aller dont les résultats sont ordinairement peu favorables.

6° Une tuberculose pulmonaire très avancée peut, où il n'y a pas urgence absolue, contre-indiquer l'opération ou ne permettre que quelques opérations minima et dans les cas seulement où l'intervention est indispensable et où le chirurgien prévoit que l'état général du malade peut en bénéficier.

7° Malgré l'excellence apparente des suites immédiates, le malade n'en reste pas moins exposé du fait de la nature tuberculeuse de la lésion à quelques complications étrangères à la marche banale des plaies opératoires : échec de la réunion, récidive immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, méningite tuberculeuse, généralisation, qui, jointes aux accidents des suites éloignées, nécessitent un traitement prophylactique spécial.

C. *Suites éloignées des interventions.*

1° Envisagés d'une facon générale, les résultats éloignés des opérations sont de beaucoup inférieurs aux résultats immédiats : pour les bien apprécier il faut suivre longtemps les malades et ne faire entrer en ligne de compte que les observations complètes, la récidive étant souvent très tardive.

2° Ces suites éloignées comprennent, du côté de l'état local des résultats bons (succès thérapeutiques) en nombre relativement restreint ; quant à l'amélioration de l'état général des tuberculeux à la suite de l'intervention, le plus souvent elle n'est pas durable, malgré de trop rares observations contraires; la guérison exceptionnelle.

3° Ces suites éloignées sont compliquées : *A*. Au point de vue local par la fréquence des échecs thérapeutiques (résultats nuls). des récidives locales, des récidives circonvoisine, ascendante et à distance; *B*. Au point de vue de la marche des lésions pulmonaires par l'aggravation ou la reprise des accidents à la suite d'une amélioration passagère; par l'apparition postérieurement à l'opération de lésions pulmonaires non constatées antérieurement.

4° Comme pour les suites immédiates, il faut remarquer que ces suites éloignées sont soumises à des variations du fait : 1° de la coexistence de la tuberculose pulmonaire, 2° de la nature et même du siège de la lésion, certaines variétés et certaines régions étant privilégiées, 3° l'opération choisie.

5° Il est bien nettement prouvé par la presque totalité des opérations que l'on ne peut songer au traitement abortif de la tuberculose par l'exérèse de la manifestation locale au moins dans les conditions ordinaires et par les moyens actuellement mis en pratique : ce résultat est parfois réalisé, mais dans des conditions qu'il n'est pas actuellement possible de déterminer exactement.

6° De l'étude comparée de l'expectation et de l'intervention il résulte que les tuberculoses périphériques ont peu de tendance à la guérison spontanée et que c'est à l'opéra-

tion qu'il faut avoir recours malgré les suites éloignées peu encourageantes de celle-ci ; nous ne sommes donc nullement partisan de l'abstention.

7° L'opération doit être pratiquée suivant certains préceptes dont le premier qui concerne l'état local consiste à assurer le succès thérapeutique par le succès opératoire : cette règle n'est cependant pas absolue; les récidives multiples même ne s'opposent pas toujours à un succès final complet.

8° La tuberculose pulmonaire, même au début, existant au moment de l'opération doit constamment être regardée comme aggravant dans de notables proportions le pronostic des suites éloignées.

9° A chaque lésion correspond une opération de choix le plus souvent applicable : cette opération de choix pour qui ne cherche que les suites éloignées peut, suivant l'affection considérée, être du ressort de la grande ou de la petite chirurgie : on ne saurait condamner l'opération sanglante au profit du minimum d'intervention d'une façon générale; c'est affaire d'indications : le plus souvent l'opération doit être complète.

D. *Traitement pré et post opératoire.*

1° On doit opérer les tuberculeux et les malades affectés de lésions périphériques tuberculeuses chaque fois que l'état général du sujet permettra d'intervenir; mais ils doivent être soumis au traitement opératoire capable de guérir leur affection chirurgicale, non comme les autres malades, mais comme les autres diathésiques, c'est-à-dire sous la réserve de précautions spéciales multiples que l'on peut réunir sous le nom de traitement pré et post-opératoire qu'il faut instituer au plus tôt.

2° L'un et l'autre doivent s'adresser : *A*. A la désinfection du foyer local ; *B*. A la stérilisation de l'organisme.

3° L'iodoforme est, au moins jusqu'alors, le parasiticide antituberculeux le plus efficace.

4° Il doit être prescrit intus et extra, de bonne heure, à doses tolérables, et doit être longtemps continué.

5° La prophylaxie des accidents consisterait surtout à réglementer l'émigration ruri-urbaine; l'émigration des opérés à la campagne et à la mer constitue un des facteurs les plus importants du traitement post-opératoire. — P. N.

De quelques nouvelles médications.

LAVAGE DE L'ESTOMAC CONTRE LES VOMISSEMENTS SURVENANT APRÈS LA NARCOSE CHLOROFORMIQUE, par LIÉNEVITCH (*Gaz. hebd.*, 1891).

Ayant échoué avec toutes les médications proposées, l'auteur a eu recours avec succès, dans 6 cas d'opérations sur le ventre, au lavage de l'estomac avec une solution de carbonate de soude à 1/100. Les résultats dans tous les cas furent excellents : cessation immédiate des vomissements après le lavage de l'estomac, continué jusqu'à ce que l'eau sorte claire ; amélioration de l'état général. — P. N.

SOLUTIONS CHAUDES DE SUBLIMÉ (*Méd. mod.*, 1891, 8).

Le docteur Ahl a établi, par un grand nombre de recherches bactériologiques et chimiques, que l'application de la chaleur aux solutions de sublimé augmente leur pouvoir antiseptique, tout en diminuant leurs effets toxiques et corrosifs. Voici ses conclusions :

1° L'action antiseptique d'une solution est augmentée si on la chauffe à une température de 40° C.

2° Une solution de 1/20,000, ou même de 1/10,000, chauffée à 40° C., peut être employée sans danger dans les plaies pénétrantes du poumon, de la plèvre et du péritoine, l'effet bactéricide correspondant à celui d'une solution froide à 1/500.

3° Une solution chauffée à environ 40° stimule l'action génératrice des tissus et accélère le processus de guérison. D'un autre côté, une solution froide de 1/1,000 a moins d'action antiseptique qu'une solution chaude de 1/10,000, parce que cette dernière pénètre plus profondément.

4° Les surfaces coupées se réunissent plus rapidement qu'après emploi d'une solution froide à 1/500, parce qu'il ne se produit pas d'effet caustique.

5° Les solutions faibles et chaudes de sublimé peuvent être employées avec une parfaite sécurité en ce qui regarde les effets caustiques. — P. N.

Administration de la morphine par la voie nasale (*Revue de thérapeutique*, 1891).

Un médecin américain, Von Klein, de Dayton (Ohio), a imaginé un mode d'administration de la morphine qui ne manque pas d'une certaine originalité. C'est la voie nasale qui est choisie et le malade prise la morphine comme il ferait pour le tabac. D'après l'auteur, l'administration par la voie nasale serait suivie d'effets plus rapides et plus actifs que par la voie hypodermique ou gastrique. Cette méthode, expérimentée dans plus de 100 cas, a donné des résultats favorables. — P. N.

Constipation chronique, procédé facile pour la vaincre.

M. le docteur Platan a guéri une quarantaine de malades par le moyen suivant : Il déplisse les plis de l'anus et, sur la muqueuse ainsi mise au jour, il dépose quelques grammes d'acide borique pulvérisé, ce qui suffit pour réveiller les contractions intestinales. Si l'effet n'a pas lieu, il insuffle les médicaments dans le rectum. — P. N.

FORMULAIRE

Solutions contre le prurigo. — Hillairet et Gaucher.

1° Acide phénique cristallisé	2 grammes.
Alcool	10 —
Glycérine	20 —
Eau distillée	200 —

Faites dissoudre.

2° Hydrate de chloral	3 grammes.
Alcool	20 —
Eau distillée	30 —

Faites dissoudre. — On se sert de l'une ou de l'autre de ces solutions, pour calmer le prurit du prurigo. On peut aussi employer les lotions de bichlorure de mercure, et celles d'eau vinaigrée. L'enveloppement avec la toile de caoutchouc produit également des résultats avantageux. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons, avec regret, la mort, à l'âge de 45 ans, de M. le docteur Fréry, sénateur du territoire de Belfort, que la maladie tenait depuis longtemps éloigné du Sénat.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôtel-Dieu. — M. LANCEREAUX.

Les épithéliomes hépatiques. — Cancers ou carcinomes du foie (1).

Leçon recueillie par M. J. THIROLOIX, interne du service.

Plus commun que l'épithéliome glandulaire, l'épithéliome des voies biliaires prend naissance, tantôt au niveau du revêtement épithélial, tantôt aux dépens des glandes des voies d'excrétion. Cette dernière forme offre assez généralement l'aspect colloïde, et se trouve parsemée de fines végétations villeuses (cancer villeux ou colloïde des auteurs); elle n'est pas extrêmement rare au sein de la vésicule biliaire, d'où elle s'étend habituellement jusque dans le parenchyme hépatique; son siège est profond et parfois la surface interne de la vésicule est assez peu modifiée. L'épithéliome formé par les cellules de revêtement est un épithéliome cylindrique qui, suivant son siège dans la vésicule, le canal cystique ou le canal cholédoque, s'accompagne plus ou moins tardivement d'ictère. Tandis que, dans le dernier cas, ce symptôme est constant, il est déjà plus rare dans le second et plus encore dans le troisième, mais il se produit le plus souvent parce que la néoplasie finit presque toujours par gagner le canal cholédoque et les ganglions du hile du foie.

Vous pouvez vous faire une idée exacte de cette dernière variété de l'épithéliome hépatique par l'examen d'une de nos malades couchée au lit n° 18 de la salle Sainte-Martine.

C'est une femme de 64 ans, journalière, ayant toujours joui d'une excellente santé, et qui, en novembre 1890, éprouve tout à coup dans l'hypochondre plusieurs crises douloureuses avec irradiations vers l'épaule. A la même époque, elle perd l'appétit et son embonpoint, et voit son ventre augmenter de volume.

Le 21 janvier apparaît une jaunisse qui n'a fait qu'augmenter d'intensité depuis lors. Aussi, ne trouvant aucune amélioration dans son état, cette femme se décide, en février, à venir à l'hôpital. Comme vous pouvez le voir, elle est encore vigoureuse, mais fortement ictérique et les matières fécales sont décolorées, et les urines diminuées de quantité, sans albumine ni sucre, mais renferment du pigment biliaire. L'appétit est nul, et cette femme n'accepte pour tout aliment qu'une faible quantité de lait,

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 4 juin 1891.

car la viande lui répugne et les œufs ne lui sont pas très agréables; elle est, de plus, habituellement constipée. Toute la région de l'hypochondre droit est douloureuse et occupée par une tumeur bosselée, dure, de consistance ligneuse qui descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à droite du muscle grand droit, et occupe la vésicule biliaire et le parenchyme hépatiqne voisin. L'abdomen non météorisé ne renferme pas de liquide. La rate est légèrement développée. Les autres organes : cerveau, poumons et cœur n'ont subi aucune altération. Les extrémités inférieures ne sont pas infiltrées. L'exploration des régions axillaires, sus-claviculaires et inguinales ne laisse apercevoir aucunè adénopathie.

Pendant vingt jours passés dans notre salle, la malade est prise à différentes fois de vomisesements alimentaires et de nausées. L'ictère et l'amaigrissement font de véritables progrès, tandis que la tumeur hépatique conserve à peu près son volume et ses caractères primitifs de bosselure et de dureté ligneuse. Les crises douloureuses se reproduisent une à deux fois; elles ont de grandes analogies avec des crises de colique hépatique, et il y a lieu de leur attribuer une autre origine, car on comprendra qu'elles peuvent être l'effet du rétrécissement des canaux hépatiques par la néoplasie. Par suite de ce rétrécissement, la bile a de la peine à s'écouler et le canal se contractant derrière l'obstacle, amène le complexus symptomatique. Il peut se faire aussi qu'il y ait des calculs dans les voies biliaires, c'est chose commune en pareil cas; mais cette circonstance même ne saurait infirmer le diagnostic. Le dépérissement de la malade, son inappétence absolue, la présence d'une tumeur de dureté ligneuse ne nous laissent aucun doute sur l'existence d'un épithéliome. Cette dureté tout à fait caractéristique nous permet d'éloigner l'idée d'un kyste hydatique; une ponction exploratrice a d'ailleurs été pratiquée sans aucun résultat. L'hypothèse d'un fibrome embryonnaire ou adulte n'est pas plus acceptable. Il s'agit donc bien d'un épithéliome primitif de la vésicule biliaire, propagé au foie, et qui forme actuellement une masse dure dépassant de plusieurs travers de doigt le rebord costal.

Les cas de ce genre ont entre eux la plus parfaite ressemblance anatomique. Les parois de la vésicule, épaissies, indurées et rigides, renferment presque toujours un ou deux calculs et font généralement corps avec une masse épithéliale plus ou moins volumineuse développée dans le foie, autour de laquelle gravitent parfois des nodosités secondaires. Il m'est avis que certains faits décrits sous le nom de cancer massif ou de cancer en amande du foie ne sont vraisemblablement que des épithéliomes de la vésicule biliaire ou peut-être même de la tête du pancréas, propagés directement ou indirectement au parenchyme hépatique. La masse épithéliomateuse du foie fait passer au second plan et même trop souvent négliger la lésion initiale dont l'étendue est minime. La glande hépatique hypertrophiée offre rarement alors des nodosités multiples, et, par là, elle se distingue du foie atteint de cancer secondaire, dont les nodosités néoplasiques sont toujours multiples.

Après avoir cherché à vous donner une idée du cancer ou mieux de l'épithéliome primitif du foie, qu'il provienne des cellules du parenchyme hépatique ou des conduits biliaires, voyons s'il n'est déjà pas possible de savoir sous quelle influence se produit cette végétation? Les néoplasies conjonctives, ainsi que nous l'avons dit, apparaissent à une certaine période de la vie, pendant la phase d'accroissement. Dans cette circonstance, elles peu-

vent être envisagées comme des anomalies dues à un développement excessif, anormal, morbide des éléments du mésoderme, à la suite d'irritations dont la nature nous échappe le plus souvent, mais qui semblent être purement traumatiques dans quelques cas. Au contraire, les néoplasies épithéliales surviennent à un âge plus avancé, et, si on les étudie sérieusement, on arrive à cette conclusion vraisemblable qu'elles sont subordonnées à des désordres nutritifs dépendant du système nerveux. Pour étayer cette opinion, nous nous appuyons avant tout sur l'hérédité indéniable du cancer. Or, il n'existe que deux sortes d'affections héréditaires : les unes par les microbes, et qui se développent forcément dans le jeune âge, les autres par le système nerveux qui peuvent se manifester même dans un âge avancé, ce qui est le fait du cancer.

La nature parasitaire du cancer tombe d'ailleurs devant ce fait que, jusqu'ici, il n'existe aucun exemple de microbes déterminant la prolifération épithéliale de l'organe dans lequel ils siègent, et cette circonstance nous porte à considérer comme élément infectieux du cancer, la cellule cancéreuse elle-même. L'hérédité cancéreuse peut donc se faire, soit par le système nerveux, soit par la cellule épithéliale même, frappée primitivement du « *sceau de l'hérédité* ». Le *primum movens* de l'hypergénèse cellulaire devrait être ainsi cherché dans le développement de l'individu, dont les éléments nerveux ou épithéliaux ont été modifiés dans la période embryonnaire. La cellule épithéliale, comme la cellule nerveuse, subit l'influence de ses générateurs qui lui transmettent leurs qualités biologiques. Ces dernières nous frappent plus souvent parce qu'elles sont facilement appréciables, les premières n'en sont pas moins évidentes. De même qu'un alcoolique transmet à son fils des instincts qui le poussent, malgré lui, à boire, de même un cancéreux donne à ses descendants un système nerveux qui, à un moment donné, influencera certaines cellules et peut les faire végéter d'une façon déréglée. A côté des folies psychiques doivent prendre place les folies des organes et les folies de nutrition, toutes héréditaires et commandées par l'axe encéphalo-médullaire.

Inutile de dire que le pronostic des affections épithéliomateuses du foie est des plus graves et que nos malades sont exposés aux accidents de l'insuffisance hépatique et rénale. S'il est possible de remédier pendant quelque temps à ce désordre en agissant sur les reins et sur l'intestin, pour favoriser l'élimination des produits toxiques, il n'est pas moins vrai qu'aucune médication ne parvient à arrêter les progrès du cancer. Aussi notre intervention doit se borner à enrayer les divers accidents qui surviennent au cours de cette grave maladie.

Les douleurs seront combattues par des cataplasmes laudanisés, des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, la cachexie par les toniques; nous nous efforcerons de ramener l'appétit par les amers et l'administration du lait. C'est ainsi que l'on suit intelligemment, et avec profit, l'évolution d'un mal qu'il est impossible d'enrayer.

A côté des trois grandes variétés de l'épithéliome hépatique, les seules qui puissent prendre naissance dans le foie, on observe des cancers ou épithéliomes secondaires essentiellement distincts du cancer primitif et développés aux dépens de cellules détachées des néoplasies épithéliales extra-hépatiques. Arrivées dans le foie, presque toujours par l'intermédiaire des vaisseaux, ces cellules se fixent, colonisent et fournissent des

tumeurs qui reproduisent tous les caractères de la tumeur originelle. Il se fait là une véritable greffe, analogue aux greffes épidermiques de Reverdin. Leur point de départ est extrêmement variable, et, en général, on peut dire qu'il n'existe aucun organe de l'économie pourvu d'éléments épithéliaux qui ne puisse engendrer des néoplasies primitives capables d'infecter secondairement le foie.

Fréquemment le point de départ est à l'estomac, et parmi les cancers de cet organe qui se transmenttent le plus facilement au foie, il faut signaler ces épithéliomes très petits, térébrants qui envahissent rapidement les vaisseaux lymphatiques et veineux. Après l'estomac vient l'intestin, puis le pancréas dont l'épithéliome se propage aisément à la glande hépatique et nous paraît avoir été plusieurs fois confondu avec le cancer de cet organe. Les épithéliomes utérins et vésicaux se transmettent aussi, mais plus rarement, au foie. L'envahissement de cet organe s'opère encore, dans quelques cas, par contiguité, ainsi qu'il arrive pour les épithéliomes de l'estomac, du duodénum et du pancréas qui parviennent à se mettre en contact avec le parenchyme hépatique, mais ces cas sont rares, et, le plus souvent, l'infection cancéreuse à distance est embolique. Il se forme alors dans le foie des tumeurs multiples, marronnées, déprimées à leur centre, ayant leur siège partout, mais de préférence à la périphérie, comme les abcès métastatiques, Ces tumeurs ou nodosités font saillie à la surface de l'organe qui augmente de volume; elles sont faciles à sentir à travers la paroi abdominale et se distinguent par leur forme, leur multiplicité et surtout une dureté ligneuse toute spéciale.

Le malade couché au n° 36 de la salle Saint-Denis vous offre un exemple de cette affection. Cet homme, âgé de 64 ans, était depuis longtemps souffrant quand nous fûmes appelé à le soigner; son teint était pâle, terreux, ses extrémités infiltrées, sa peau sèche, écailleuse. Il avait maigri, perdu son appétit et ses forces depuis plusieurs mois. Son foie, augmenté de volume, descendait au-dessous de l'ombilic et se trouvait parsemé de nodosités dures, ligneuses, du volume d'un marron, déprimées et légèrement douloureuses, ce qui nous porta à diagnostiquer immédiatement un cancer secondaire de cet organe, en même temps que nous soupçonnions l'estomac d'en être le point d'origine. Quelques jours plus tard, le malade était pris de ces vomissements noirâtres absolument caractéristiques du cancer de ce dernier organe (1).

Le diagnostic était alors facile, mais il est des cas où le vomissement fait défaut, d'autant mieux que l'épithéliome de la petite courbure qui donne rarement lieu à ce symptôme, est celui qui se propage le plus ordinairement au foie. Dans ces conditions, il est nécessaire de passer en revue tous les organes (utérus, vessie, prostate, rectum, etc.) dont la carcinose primitive peut envahir secondairement le foie, et si aucun d'eux n'est atteint, il ne restera qu'à admettre l'existence d'un épithélioma primitif de l'estomac.

Quoique subordonné à l'affection d'un autre organe, l'épithéliome secondaire du foie ne parvient pas moins, dans quelques cas, à dominer la scène morbide et à entraîner la mort par le même mécanisme que les épithéliomes

(1) Depuis lors, ce malade a succombé et l'épithéliome stomacal a pu être vérifié ; il occupait la région pylorique; le foie parsemé de nombreuses nodosités épithéliales offrait un volume considérable.

primitifs, à savoir par insuffisance hépatique. La langue se sèche, devient rouge et noirâtre; le délire se montre, des hémorrhagies se produisent, la température baisse et la mort survient dans le coma.

Telles sont les différentes formes du cancer hépatique; chacune d'elles a des caractères propres. L'ictère, par exemple, constant pour ainsi dire dans l'épithéliome glandulaire du foie, se rencontre encore fort souvent, et avec une intensité beaucoup plus grande dans l'épithéliome des voies biliaires. Par contre, ce symptôme fait défaut dans le cancer secondaire du foie, à moins de compression des voies biliaires. L'ascite appartient à peu près exclusivement à l'épithéliome glandulaire, et ne se voit pas dans celui des voies biliaires. L'absence de ces deux symptômes d'une part, et, d'autre part, la disposition des lésions sous forme de nodosités multiples, fermes et marronnées, sont des signes qui permettent de reconnaître l'épithéliome secondaire du foie dont l'existence vient ajouter, au pronostic de la lésion initiale, un élément de gravité.

J'ai voulu, dans cette leçon, vous donner une idée des épithéliomes hépatiques et du cancer en général. Les efforts que j'ai faits, pour arriver à ce résultat, seront, je l'espère, couronnés de succès, si vous voulez bien admettre avec moi que le cancer, comme du reste toutes les néoplasies, n'est qu'une végétation anormale des tissus de l'organisme.

REVUE DES CLINIQUES

Traitement de l'accès douloureux de colique hépatique, par G. Lemoine (1). — Les vomissements empêchent l'administration des calmants par la voie buccale. Cependant, lorsqu'ils font défaut, on peut avoir recours à des potions éthérées ou chloroformées :

Potion gommeuse	100 grammes.
Ether sulfurique	4 —

Chloroforme	1 gramme.
Teinture de myrrhe	1 —
Mucilage de gomme	8 grammes.
Sirop simple	80 —

Par cuillerées à bouche administrées de quart d'heure en quart d'heure.

On ne doit chercher à arrêter les vomissements que lorsqu'ils sont très fréquents; on peut alors faire avaler de petits morceaux de glace. Très souvent, le malade a une soif extrême; il ne faut donner que de petites quantités de liquide à la fois. Quand la crise a une certaine durée, on soutiendra le patient uniquement avec des aliments liquides.

De tous les topiques, le plus facile à employer est le cataplasme. Il faudra le faire très large et très peu épais; il devra être très chaud et renouvelé d'heure en heure. Pour mieux maintenir sa température, il sera bon de le recouvrir d'une épaisse couche d'ouate revêtue elle-même d'une toile caoutchoutée ou d'un carré de linge plié en plusieurs doubles. Tout autre moyen ayant pour but de maintenir une chaleur assez élevée sur les parties malades (hypochondre droit et régions avoisinantes) peut être employé à sa place : serviettes chaudes souvent renouvelées, brique chaude entourée de linge, bouillotte, etc.

L'emploi des topiques médicamenteux, tels que la belladone, les frictions au chloroforme, les sinapismes, est à déconseiller.

Toutes les fois que la chose sera possible, c'est à des bains plus ou moins prolongés et répétés plus ou moins souvent qu'il faudra avoir recours. Plus le bain sera long, mieux

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical du Nord*.

cela vaudra. Ce qui est préférable, c'est de faire entrer le malade dans un bain à 30°, d'en élever peu à peu la température jusqu'à 34° et même 35°, et de l'y maintenir.

Les émissions sanguines locales ou générales sont inutiles.

Si l'on hésite à recourir aux injections de morphine, qui sont cependant le meilleur traitement de l'accès, il y a grand avantage à se servir de suppositoires opiacés ou belladonés.

Extrait de belladone............. } Extrait d'opium.................. }	ââ 0 gr. 02 centigr.
Beurre de cacao.........	6 grammes.

Extrait d'opium....................	0 gr. 01 centigr.
Poudre de castoreum...............	2 grammes.
Beurre de cacao.....................	4 —

Il n'est jamais besoin de dépasser le nombre de six suppositoires pour obtenir une cessation complète des douleurs. On emploie les deux premiers avec un intervalle d'une demi-heure, et d'une heure pour les suivants. Malgré la dose assez forte de belladone, on n'observe jamais de phénomènes d'intoxication, et il semble qu'un individu souffrant de coliques hépatiques peut absorber sans inconvénient par le rectum 0,12 centigr. de belladone en quelques heures.

Les lavements laudanisés remplissent à peu près les mêmes conditions que les suppositoires et peuvent, selon les cas, leur être substitués. Ils ne sont pas toujours d'un emploi commode, car les vomissements et les contractions musculaires de tous genres produits par la souffrance empêchent de les conserver un temps suffisant.

Les injections sous-cutanées de morphine sont certainement le moyen le plus sûr pour obtenir rapidement la cessation de la crise. Chez quelques malades, la douleur disparaît tout à fait au bout de cinq à quinze minutes; chez d'autres, l'effet se fait attendre un peu plus longtemps. Quand le malade est habitué à la morphine, le soulagement reste presque toujours incomplet. En général, l'injection amène le sommeil ou plutôt un certain assoupissement pendant lequel le malade est en proie à un malaise vague dont l'origine est la douleur hépatique qui se fait presque toujours sentir un peu. Quand il en sort, quelquefois il ne reste plus que de la gêne et de l'endolorissement dans l'hypochondre droit; la crise est terminée; d'autres fois, la douleur reparaît et il faut faire une nouvelle injection.

Il faut donner la morphine à doses très faibles. On fera donc d'abord une injection de 5 milligr. de chlorhydrate de morphine, puis, si le calme ne s'est pas produit après vingt minutes d'attente, on répétera l'injection.

On peut associer l'atropine à la morphine, afin de ne pas exagérer les vomissements :

Chlorhydrate de morphine.............	0 gr. 10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine...............	0 gr. 01 —
Eau de laurier-cerise............... ...	20 grammes.

Un centimètre cube d'eau contient 5 milligr. de morphine et 1/2 milligr. d'atropine.

Les indications de l'emploi de la morphine sont : une crise trop prolongée, des douleurs extrêmement intenses, l'apparition de symptômes graves, tels qu'une syncope ou autres accidents nerveux, ou l'existence, chez le malade, d'états pathologiques antérieurs que peut aggraver la douleur.

Les injections sous-cutanées d'antipyrine atténuent bien, dans une certaine mesure, la violence de la crise, mais ne réussissent que dans un petit nombre de cas à calmer complètement la douleur. Le soulagement qu'elles amènent est passager et incomplet. L'antipyrine fait disparaître les douleurs modérées, mais reste sans effet bien net sur la douleur profonde de la région hépatique. La dose à employer doit varier entre 2 et 4 grammes.

L'on sait que l'on retire de très bons effets de l'administration de l'huile d'olive à la dose de 400 grammes prise par cuillerées, et en une demi-heure environ; le malade reste couché sur le côté droit et des selles diarrhéiques se produisent huit à dix heures après. Un purgatif (20 grammes d'huile de ricin, par exemple), administré une heure avant ou

après l'huile, favorise son action. Les malades supportent généralement bien l'huile et ont à peine quelques nausées; on peut leur faire sucer, après chaque cuillerée, une tranche d'orange ou de citron

Quand la crise de coliques est terminée, le malade reste faible et brisé pendant quelques jours, il ressent un malaise vague dans l'hypochondre droit, éprouve de l'inappétence et se plaint de constipation. Il doit alors rester au lit, continuer à entretenir des cataplasmes sur le côté droit et prendre des bains à l'eau de son. L'alimentation doit consister en bouillies, potages et viandes légères, et la constipation doit être combattue par des lavements ou par un ou deux verres d'eau purgative.

BIBLIOTHÈQUE

Des sinus frontaux et de leur trépanation, par le docteur Léon Montaz. Grenoble, P. Allier, 1891.

L'auteur décrit d'abord d'une façon parfaitement exacte, et certainement mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, l'anatomie des sinus frontaux. Il décrit ensuite le mode opératoire de la trépanation des sinus de la manière suivante : Mener une ligne horizontale passant exactement par la partie la plus élevée de l'arcade orbitaire. Sur cette ligne, inciser les téguments du front dans une étendue variable. Exclusivement médiane si l'on veut ouvrir les deux sinus, cette incision, qui doit avoir alors une étendue de 2 à 3 centimètres et empiéter un peu sur le sourcil, sera rejetée sur le côté si on ne veut en ouvrir qu'un. Le nerf frontal externe sera presque fatalement intéressé, ainsi que la petite artère qui l'accompagne. Si on veut éviter cette section, on peut, au niveau de l'extrémité externe de l'incision, ne pas pousser à fond sur l'os cervical.

Après cela, on décolle le périoste épicrânien et, sur la ligne indiquée, on applique la couronne d'un petit trépan. Si on a quelques craintes relativement à l'exiguité possible du sinus, le trépan peut n'entamer que la table externe, et la gouge et le ciseau continueront la perforation.

Une fois le sinus ouvert, les accidents immédiats rétrocèdent; mais, en s'arrêtant là, on s'exposerait, si l'infundibulum est imperméable, à voir persister une fistule aux lieu et place de la trépanation. Il faut donc, se dirigeant en bas et en arrière, introduire une sonde cannelée ou un stylet et, une fois l'orifice dilaté, placer un drain qui pénétrera jusque dans les fosses nasales. Lavage antiseptique, un ou deux points de suture, pansement. Le tube s'enlève au bout de quelques jours et la guérison, quelquefois retardée par une légère exfoliation osseuse, est ordinairement très rapide.

La trépanation des sinus frontaux est indiquée dans les traumatismes avec esquilles ou corps étrangers, les tumeurs, les parasites, les accidents inflammatoires. Quelquefois il y a des empyèmes latents. Toutes les suppurations du sinus doivent être attaquées par la trépanation, car le cathétérisme fait perdre un temps précieux et il peut survenir des accidents graves : abcès cérébral ou méningite. D'après la statistique de Richards, sur 25 abcès du sinus frontal traités par la trépanation, 21 guérirent; 6 cas non traités ont été suivis de mort. — P. Ch.

Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'œsophage, par le docteur P. Olivier. Rouen, 1891.

L'adénite cancéreuse sus-claviculaire secondaire au cancer de l'estomac peut s'accompagner, sans cause appréciable, de suppuration du tissu cellulaire environnant. Cette suppuration peut, dans des cas très rares, se compliquer par œsophagite externe simple, non cancéreuse, de perforation de l'œsophage et de fistule œsophago-cutanée persistante.

L'existence de cette fistule peut ne pas aggraver sensiblement la situation et la mort survenir par les progrès de la cachexie cancéreuse, sans que la suppuration y ajoute de phénomènes fébriles, ni d'intoxication pyohémique. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

L'hémoglobine et les lavements de sang, par le docteur Berlo (*Le Scalpel*, 1891). Deux assistants de M. le professeur Maragliano (de Gênes) viennent de se livrer, sous sa haute direction, à des recherches dont l'importance n'échappera à personne.

Considérant que l'administration des ferrugineux est fréquemment rendue impossible pour une cause ou une autre, M. le docteur Castellino a cherché s'il n'existait pas un moyen détourné d'introduire dans l'économie appauvrie l'élément qui paraît le plus lui faire défaut. Par la constipation qu'il détermine souvent et le météorisme qui en est la conséquence, par l'irritation qu'il provoque toujours, et plus ou moins accentuée, au niveau de la muqueuse gastro-intestinale, par la pesanteur à l'estomac, et enfin souvent aussi par un simple phénomène d'idiosyncrasie, le fer peut devenir nuisible chez certains malades.

D'autre part, chez les chlorotiques et les anémiques en général, l'altération du sang s'accompagne fréquemment d'une diminution dans la sécrétion du suc gastrique, même sans lésion aucune de la muqueuse stomacale; il en résulte que les préparations chalybées deviennent d'une assimilation difficile, et qu'elles sont indigestes, même sous les formes d'administration les plus recommandables, telles que les eaux ferrugineuses naturelles.

MM. les docteurs Panum et Benczur, s'inspirant de ces considérations, avaient déjà tenté d'introduire dans le sang, par le moyen de l'hémoglobine, la quantité de fer qui lui manque. M. le professeur Maragliano a fait reprendre leurs expériences sur une plus vaste échelle et voici les conclusions auxquelles il est parvenu.

L'hémoglobine est rapidement et constamment absorbée. Elle est bien tolérée, même par les sujets atteints d'affection des voies digestives; elle ne provoque pas de phénomènes d'intolérance, tels que la pesanteur d'estomac, la gastralgie, le pyrosis, les vomissements, le météorisme, la constipation. Elle exerce une action remarquable sur la reconstitution du sang, en augmentant le nombre des globules rouges, leur résistance, leur richesse de coloration, leur poids spécifique et encore en modifiant favorablement leur forme et leur diamètre. Les conditions générales du malade doivent évidemment bénéficier de cette transformation des globules rouges. Et, en effet, l'appétit augmente, les règles redeviennent normales, la nutrition générale est plus active, le poids du corps, la force dynamométrique, l'élimination de l'urée augmentent considérablement, enfin disparaissent quelques symptômes subjectifs d'anémie, tels que l'éréthisme, les palpitations, la dysphagie, la gastralgie, etc.

Ce résultat n'a qu'une durée éphémère, si l'administration de l'hémoglobine n'est pas suffisamment prolongée et si elle est interrompue avant que la crase sanguine n'ait repris ses caractères physiologiques.

Il ne s'agit évidemment dans ces cas que de l'anémie essentielle, de celle qui accompagne des troubles digestifs graves, de celle de la convalescence de maladies fébriles ou de longue durée.

L'anémie secondaire, dépendant d'affections carcinomateuse, tuberculeuse, d'hépatite, de leucémie, etc., n'a pu retirer du traitement qu'une amélioration passagère.

Enfin, une dernière raison en faveur de l'hémoglobine, c'est qu'elle possède une grande rapidité d'action.

A peu près dans le même ordre d'idées, M. le professeur Maragliano a institué un autre genre d'expériences confié à l'habileté de M. le docteur Federici. Depuis nombre d'années déjà, les lavements de sang défibrinés avaient été préconisés comme mode d'alimentation chez certains malades. Ils n'ont jamais joui que d'une vogue très restreinte. En 1880, le docteur Federici eut l'occasion d'étudier leur action, et il communiqua au Congrès médical de Gênes, de la même année, les résultats heureux qu'il avait obtenus. Récemment, M. le docteur Maragliano a signalé l'influence des lavements de sérum du sang sur les globules rouges, qu'il augmente en nombre; le docteur Federici explique le fait en attribuant au sérum du sang la propriété d'augmenter la résistance

des globules, de rendre leur destruction moins facile. Pour le démontrer, il compare l'action des lavements de sérum à celle des lavements de sang défibriné, et il est amené à conclure de ses expériences sur neuf malades, que le sérum introduit dans le sang exerce par lui-même sur la composition du sang et spécialement sur la richesse globulaire, une influence plus marquée que celle obtenue par les lavements de sang défibriné. Les globules sanguins introduits dans l'économie par le moyen du sang défibriné seraient absolument étrangers à l'amélioration constatée chez les malades.

Pour le docteur Federici, le sérum agit par les matières salines qu'il contient. Cette manière de voir est parfaitement corroborée par les succès obtenus depuis quelques années, dans le traitement des anémies graves, par les injections hypodermiques, ou par l'introduction dans la cavité péritonéale d'une solution de chlorure de sodium.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Cure radicale de la hernie chez la femme. — Craniectomie dans l'épilepsie jacksonnienne.

M. le Secrétaire général lit une note de M. Chénieux (de Limoges) relative au traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérie abdominale. Il y a longtemps que M. Chénieux pratique cette manière de faire. Le pédicule est traversé par deux fils de soie qui sont liés fortement, puis il est coupé à 2 centimètres au-dessus de la ligature, touché au thermo-cautère et replacé dans l'abdomen. Après que la toilette du péritoine est faite le plus rapidement possible, on referme le ventre sans mettre de drain. La guérison se fait rapidement.

— M. Berger expose son procédé dans la *cure radicale de la hernie chez la femme*.

On doit diviser ces hernies en deux classes : Les unes sont acquises et, comme le sac n'a pas d'adhérences, l'opération se fait facilement; on n'a pas à faire un isolement minutieux comme chez l'homme. Les autres sont congénitales. Dans ces cas, le ligament rond fait corps avec la paroi du sac et, après s'être donné beaucoup de peine, on arrive souvent à détacher tout juste une mince pellicule sans consistance. La dissection est longue et minutieuse, et, en réalité, il est inutile de la faire, puisque l'on peut enlever le ligament sans inconvénient.

Quelquefois la trompe ou l'ovaire apparaissent. M. Berger n'a jamais vu que la trompe. Il convient naturellement de refouler ces organes dans le péritoine que l'on suture à leur niveau. Il peut exister dans la grande lèvre des kystes du canal de Nuck. Le sac doit être détaché le plus haut possible; tout le monde est d'accord là-dessus.

Dans le traitement consécutif, M. Berger emploie une méthode un peu différente de celle que préconise M. Lucas-Championnière. Une fois le sac réséqué, il saisit les deux chefs du fil qui a servi à étreindre le collet et les passe à travers les parois de l'abdomen, l'un en dedans, l'autre en dehors, à l'aide d'une aiguille mousse; il les noue en avant de l'aponévrose du grand oblique. En agissant ainsi, on attire le pédicule en haut, au-dessus du point où peut se former un infundibulium, et la dépression normale se trouve remplacée par une saillie. Enfin, l'anneau profond se trouve mieux formé.

Il est absolument nécessaire d'inciser l'aponévrose du grand oblique dans toute l'étendue de la paroi antérieure du canal inguinal, de façon à bien voir le sac; en relevant en haut le bord inférieur du petit oblique, on découvre l'anneau profond.

M. Berger s'attache à refaire une partie du trajet inguinal postérieur. Il réunit par une suture en surjet ou à points la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du transverse, et il fait ainsi une sorte de cordon bien résistant, car la partie fibreuse s'amincit vite. Il faut se servir de fils de soie, le catgut se résorbant trop vite.

M. Berger applique ensuite des sutures superficielles sur l'aponévrose du grand oblique qui fournit une cicatrice fibreuse solide.

Ce procédé de réunion qui a été employé par Bossini, qui s'en est servi dans 250 cas, donne de meilleurs résultats que celui de M. Lucas-Championnière.

M. Lucas-Championnière pense que l'on ne peut avoir d'opinion ferme sur les différents procédés que lorsqu'on les a expérimentés un grand nombre de fois. M. Berger a vu des cas où il n'y a pas d'adhérences du sac et indiqué la conduite à tenir; ces cas sont excessivement rares, parce que, presque toujours, la hernie est congénitale. Il y a alors fusion du sac et du ligament rond. Aussi la séparation de ce ligament est-elle souvent impossible. Elle se réduit pour ainsi dire à un revêtement épidermique, se détachant par parcelles qui n'offrent aucune consistance. Il est, du reste, complètement inutile de disséquer ainsi le ligament et il vaut mieux couper ligament et sac le plus haut possible dans le ventre. M. Berger n'insiste pas sur l'examen des annexes, M. Lucas-Championnière pense, au contraire, que l'on doit s'efforcer de s'assurer de leur état; quelquefois, il y a des adhérences entre eux et le sac, et il s'ensuit des tiraillements douloureux. Du reste, il y a peut-être une relation entre le développement de la hernie et celui des organes génitaux; la hernie inguinale congénitale de la femme se rapprocherait ainsi de celle de l'homme.

La fixation directe du sac à la paroi abdominale est inutile quand on emploie le procédé que préconise M. Lucas-Championnière; le péritoine étant tiré au moment de la formation du pédicule, le moignon remonte de lui-même quand la ligature est faite et les choses abandonnées à elles-mêmes. Aucun infundibulum ne peut se former et les surfaces cruentées fournissent une cicatrice très solide. Le catgut un peu gros suffit pour les sutures, car il se résorbe lentement. Quand il est assez fort, jamais il ne disparaît rapidement, ainsi qu'on l'a dit. La soie offre des inconvénients, car elle tend à sectionner les tissus, surtout les fibres musculaires, tandis que le catgut se fond avec les parties voisines et prend part à la formation de la cicatrice.

On peut placer plus ou moins de fils, faire des sutures plus ou moins profondes; en réalité, le résultat est généralemeut toujours bon. Ce qu'il importe, c'est d'avoir de grandes surfaces cruentées, afin qu'il se forme une cicatrice dure et résistante, précisément à l'endroit où la paroi était faible. De même on ne doit pas chercher à réunir les unes aux autres toutes les surfaces saignantes. L'opération de Bassini force à disséquer très haut, à ouvrir largement le canal, c'est ce qui en fait le mérite.

M. Berger a fait au moins sept opérations de hernies inguinales chez la femme. Dans trois cas, il s'agissait de hernies acquises; dans trois autres, de congénitales; la dernière était inguino-interstitielle. Le procédé de Backer, qui fait traverser la paroi par les fils, peut ne pas être suivi, mais il est très important d'agir comme le conseille Bassini.

— M. Terrier lit un rapport sur un cas de *craniotomie par épilepsie jacksonnienne* communiqué par M. Verchère. On ne peut encore savoir si la trépanation est vraiment utile dans l'épilepsie généralisée. Pour ce qu'est de l'épilepsie partielle d'origine traumatique, elle donne d'excellents résultats. Il est probable qu'il en est de même quand l'épilepsle est spontanée.

Dans l'observation de M. Verchère, il s'agit d'un jeune homme qui, à l'âge de 12 ans, fit une chute sur l'angle d'une fontaine; la tête porta, mais il n'y eut pas de plaie du cuir chevelu. Cependant, quinze jours après l'accident, apparurent des accès d'épilepsie jacksonnienne qui débutèrent par la main droite. A partir de ce moment, l'intelligence du malade cessa de se développer et les crises se mirent à revenir toutes les cinq ou six semaines. Au moment de la crise, il survient une douleur au niveau du pouce de la main droite, cette douleur s'étend aux autres doigts, puis se propage dans tout le membre, le cou et la face du même côté; alors le malade tombe sur le côté droit en présentant des contractures. La crise se termine en quelques minutes. Dans l'intervalle de ces attaques, le malade souffre de douleurs de tête très violentes du côté gauche et présente des actes de folie avec tendance au suicide.

M. Verchère fit la trépanation le 18 avril 1891 et créa une large brèche à la voûte cranienne en appliquant cinq couronnes de trépan; après l'incision de la dure mère, le cerveau sembla faire hernie sous l'influence d'un excès de pression interne, et il sortit une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Il n'y avait pas de lésions apparentes.

La guérison opératoire se fit bien. La céphalée disparut rapidement aussi; le troisième jour, il y eut une paralysie du membre supérieur droit et de la face, puis une attaque d'épilepsie suivie d'une paralysie à droite qui disparut bientôt. Deux grandes attaques survinrent encore, puis il ne s'en produisit plus, et les crises sont maintenant très atténuées. L'intelligence a beaucoup progressé.

M. Terrier a eu dernièrement à opérer de la même manière un malade de M. Charcot qui pensait qu'il s'agissait d'une lésion du lobule paracentral. L'amélioration fut assez considérable, mais, bientôt, le malade mourut subitement.

Vingt et un cas de craniotomie pratiquée dans des conditions analogues ont donné douze guérisons au moins temporaires, six améliorations, trois résultats nuls.

On ne voit guère par quel mécanisme agit l'opération; peut-être la décompression joue-t-elle un rôle.

— M. Bouilly présente des pinces et des ciseaux à désarticulation à tenon fixe. Ce tenon, à surface cylindro-conique, donne une plus grande surface de pression sur la branche femelle qui est munie d'une ouverture latérale permettant le montage instantané.

— M. Reynier présente une malade à laquelle il a fait la résection de la hanche. Il croyait qu'il s'agissait d'une luxation non réduite, tandis que c'était une partie du col non consolidée. Le raccourcissement est de 7 à 8 centimètres, mais la malade marche bien.

De quelques nouvelles médications.

Traitement des hernies étranglées par la belladone et l'atropine.

Le traitement suivant a été indiqué par Hagen dans la hernie étranglée, comme facilitant la réduction et la manœuvre du taxis. Pendant plusieurs heures, la tumeur herniaire est frictionnée avec une pommade composée d'une partie d'extrait de belladone et de dix parties d'axonge benzoïnée, puis on injecte sous la peau, immédiatement au-dessus de la tumeur, un demi-milligramme d'atropine, injection qu'on peut répéter s'il y a lieu. En même temps que l'on fait ces frictions et ces injections, on pratique le taxis, qui réussirait dans la plupart des cas suivant Hagen. La belladone et l'atropine déterminent une diminution dans la tension de la tumeur qui est susceptible de se réduire plus facilement. Ce résultat s'expliquerait par ce fait que ces médicaments déterminent des contractions péristaltiques de l'intestin. — P. N.

FORMULAIRE

Traitement du cancer du poumon. — E. Barié.

Appliquer fréquemment sur le thorax de larges cataplasmes sinapisés, suivis d'onctions calmantes de laudanum, d'huile de jusquiame ou de liniments chloroformés. Dès que ces moyens deviennent insuffisants, on leur substitue des pulvérisations au chlorure de méthyle, de petits vésicatoires volants pansés au cérat opiacé, des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Si la dyspnée est provoquée par un épanchement pleural abondant, on pratique la ponction, en ayant soin de ne pas vider entièrement la plèvre. Dans le cas où l'épanchement se reproduit, on peut recourir à de petites ponctions répétées, pratiquées à des intervalles aussi éloignés que possible, et en se bornant à évacuer seulement le trop-plein de la plèvre. — Afin de soutenir les forces et d'exciter

l'appétit, on prescrit les amers, les préparations phosphatées ou à base de quinquina, une alimentation substantielle, et l'usage de l'alcool à petites doses fractionnées.

N. G.

COURRIER

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois d'avril 1891, 146 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur, sur ce nombre :

21 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement;

96 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire;

29 ont été mordues par des animaux suspects de la rage;

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 135 fois; chats, 7 fois; chevaux, 2 fois; âne, 1 fois; vache, 1 fois.

Bureaux de bienfaisance de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 12 mai sont institués médecins des bureaux de bienfaisance ci-après les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Bureau de bienfaisance du IIe arrondissement. — M. Marx (Maurice).

Du IIIe arrondissement. — M. Liandier (Louis-Antoine-Albert).

Du VIe arrondissement. — M. Mouls (Clément-Charles).

Du VIIe arrondissement. — MM. d'Aurelle de Paladine; Louis (Adolphe-Marc); Meugy (Pierre-Victor).

Du VIIIe arrondissement. — M. Challier de Granchamps (Louis).

Du XIe arrondissement. — MM. Drouet (Henri-Antoine); Bimseinstein (Albert).

Du XIIe arrondissement. — M. Petit (Louis-Romain).

Du XIIIe arrondissement. — M. Langlois.

Du XIVe arrondissement. — M. Barbillion (Lucien-Adolphe).

Du XVe arrondissement. — M. Dufour (Henri-Marie-Williams).

Du XVIe arrondissement. — M. Carpentier (François-Albert).

Du XVIIe arrondissement. — MM. Laffite (Jean-Baptiste-Joseph); Aubert (Henri-Irenée);

Du XVIIIe arrondissement. — MM. Journiac (Bernard-Aristide); Poupon (Louis-Isidore-Henri); Mars (Joseph-Ernest).

Du XIXe arrondissement. — MM. Huguenin (Paul-Charles-Dieudonné); Robert (Marie-Pierre-Gaston); Lomier (Eugène-Antoine).

Du XXe arrondissement. — MM. Schrœder (Louis-François); Ertzbischoff (Jules-Auguste).

— M. le docteur H. Ricard a été élu député de la Côte-d'Or pour l'arrondissement de Beaune.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Rondet (de Miribel).

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

PAPIER D'ALBESPEYRES à base de *cantharidine*. — Préparation la plus efficace pour panser les vésicatoires à demeure et pour faire pénétrer dans l'organisme des doses infinitésimales de Cantharidine. — *Traitement de la tuberculose* et de toutes les *maladies chroniques*. (4 degrés de force, 1 faible, 1, 2 et 3.)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

De l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Messieurs,

Il y a quatre principales méthodes d'administration du mercure dans la syphilis : l'ingestion, les frictions, les injections sous-cutanées et les fumigations. On ne doit pas choisir une de ces méthodes à l'exclusion des autres ; chacune d'elles a sa valeur, ses indications, et l'on doit se déterminer pour leur application selon les apparences du cas considéré. Il n'y a rien d'absolu et les indications varient.

a) Dans les cas graves, très graves, les injections sous-cutanées et les frictions s'imposent. Elles ont, en effet, l'avantage immense d'agir très rapidement et très énergiquement, ce qui est alors l'indication capitale.

b) Au contraire, si l'on se trouve en présence d'un cas ordinaire, s'il est évident que le traitement doit bien plutôt être prolongé qu'intensif, il serait absurde de recourir à ces modes d'administration qui sont fort ennuyeux pour le malade ou exposent à des accidents divers, à des douleurs vives. Les frictions sont encore inapplicables sur des sujets qui, pour des raisons

FEUILLETON

Les Salons de 1891.

I

Il est certain que la peinture délaisse de plus en plus le monde médical ; portraits mis à part, c'est à peine si l'on peut trouver dans les deux et même dans les trois salons une demi-douzaine de toiles qui soient consacrées à la médecine et à la chirurgie, et, parmi nos peintres attitrés, seul M. Brouillet nous est resté fidèle. Cette année, il nous montre dans une grande composition, un peu grande même pour le sujet, l'*Ambulance de la Comédie-Française en 1870*. Au premier plan, le docteur Richet s'occupe de panser un soldat couché, tandis que Mlle E. Dubois, agenouillée devant le lit, compatit aux souffrances du jeune homme. Une sœur debout tient d'un air impassible un appareil de pansement. Un peu à droite du groupe principal, un officier de marine, soutenu par Mmes Favart et Madeleine Brohan, et qu'accompagne Mlle Reichenberg, semble avoir de la peine à gagner le lit qui l'attend. Au fond, un second médecin visite les malades couchés dans les derniers lits. Cette scène, que contemple le Voltaire de Houdon, se passe dans le foyer de la Comédie. L'ensemble du tableau est de cette tonalité grise qu'affectionne de plus en plus le Salon des Champs-Elysées, le violet appartenant, sans conteste, au Salon du Champ-de-Mars. Nous aimions mieux le docteur Charcot.

diverses, convenances sociales ou de famille, veulent dissimuler leur maladie le mieux qu'il leur est possible. Dans toutes ces conditions, il faut choisir l'administration par les voies digestives.

c) On ne peut plus y recourir lorsque l'état des voies digestives est mauvais, s'il y a de la dyspepsie, des troubles du côté de l'intestin; les frictions ou les injections reprennent donc toute leur valeur.

d) C'est encore les frictions et les injections qu'il faudra choisir lorsque le malade doit prendre en même temps divers médicaments : iodure de potassium, bromure de potassium. Il est, en effet, logique de ménager autant que possible l'estomac qui a déjà fort à faire.

e) Chez les enfants très jeunes, il faut à tout prix conserver l'intégrité des voies digestives. C'est le seul moyen d'éviter une terminaison fatale. Il faut donc, chez eux, choisir les frictions.

Tout ceci, Messieurs, vous montre que chaque méthode à ses indications et qu'aucune ne doit être abandonnée dans le traitement de la syphilis. Je vais commencer aujourd'hui par l'étude des frictions.

Il y a déjà fort longtemps que les frictions sont employées dans le traitement de la syphilis, et elles ont d'abord été accueillies avec un grand enthousiasme. Fracastor leur a consacré quelques-uns de ses vers les plus louangeurs. Cependant, elles entraînaient souvent des accidents terribles, des stomatites effroyables, des empoisonnements suraigus. Aussi, bientôt il y eut une réaction et Gaspard Torella conseilla de fuir les onguents mercuriels, qu'il regardait comme meurtriers, que, pour lui, des charlatans assassins pouvaient seuls vanter.

Le grand remède d'autrefois, ce que l'on appelait la *casserole*, comprenait cinq parties successives que je vais vous énumérer. Vous pourrez voir que la seule chose étonnante, c'est que les accidents les plus graves n'aient pas été plus fréquents. Le régime général était d'abord fort débilitant; on saignait fréquemment, on purgeait tous les trois ou quatre jours, et les tisanes de chicorée, de germandrée, de pimprenelle étaient administrées en grande quantité,

---

Mlle Marie Heyermans expose un *Hospice de vieillards à Bruxelles*. Les vieilles femmes, qui dorment appuyées sur leur lit ou qui se traînent à travers la salle, sont suffisamment cassées pour prouver que l'administration des hospices n'a fait que remplir son devoir en leur offrant une place. Un médecin semble tâter le pouls d'une des pensionnaires; si la scène a été prise à l'heure de la visite, on peut dire que c'est un service fort mal tenu. Naturellement, gris sur gris.

Avec M. Laurent-Desrousseaux, nous sommes en plein dans l'exercice illégal de la médecine et, qui plus est, de l'oculistique. A gauche, est assise une petite fille dont une sœur écarte les paupières, tandis qu'une deuxième s'avance portant divers objets de pansement. Des parents et des enfants assis dans le fond attendent leur tour. La tête d'un vieillard, qui tient un jeune garçon entre ses genoux, est largement peinte et fort expressive.

Et voilà à peu près toutes les scènes médicales. Car ce n'est qu'avec beaucoup de bonne volonté qu'on peut rattacher à la médecine le Christ mort que M. Henner expose sous le titre de « *Pieta* »; le corps de l'homme-dieu est trop vert, plus vert que nature et, même dans la putréfaction, ce n'est que sur le ventre que l'on trouve une teinte aussi accentuée; du reste, le corps est parfaitement modelé et M. Henner continue à être un grand peintre; on ne peut lui faire qu'un reproche, c'est de continuer à l'être toujours de la même façon. La *Jeune mère*, de M. Geoffroy, soulève un intéressant problème de physiologie, puisqu'elle semble vouloir prouver que l'on peut être nourrice sans être mammifère. Enfin, M. Carrière nous amène aux portraits de nos maîtres en nous

Les médecins insistaient sur la nécessité de garder la chambre. Bien des malades qui se sont octroyé la liberté d'aller prendre de l'air, disaient-ils, ont été mis à deux doigts de la mort par cette imprudence.

Il fallait se chauffer et même se surchauffer, et le malade, confiné dans un air étouffant, vivait pour ainsi dire dans une étuve. Astruc raconte même l'histoire de trois malades qui périrent étouffés. Le séjour presque permanent au lit était absolument recommandé, et si le patient se levait quelques heures, il devait rester au coin du feu. La dépuration débutait par l'administration de purgations, de lavements et par une ou deux saignées.

Pour subir ces frictions, le malade se plaçait devant un grand feu flambant et on le frottait largement avec un onguent mercuriel compliqué qui renfermait 19 substances; cette friction était suivie d'une deuxième, dans laquelle on employait une pommade digestive dans la composition de laquelle entraient 34 corps différents. Puis le malheureux patient était rapidement remis au lit, enseveli sous d'épaisses couvertures destinées à provoquer une abondante transpiration; on ne le changeait pas de chemise, afin de ne pas enlever le mercure. Comme, en même temps, on ne donnait ni viandes, ni vin, mais qu'on insistait sur les tisanes dépuratives, sur la salsepareille, on comprendra facilement que ce régime entraînait une anémie rapide, une débilitation progressive et considérable. A la fin, le malade tombait dans une lassitude demi-syncopale, et cependant on lui recommandait d'être gai et de ne pas se décourager, de se divertir par des conversations variées.

Ce traitement entraînait forcément le développement d'une salivation considérable. Mais cette salivation, loin d'être redoutée, était recherchée; la salivation enlevait la vérole. Astruc ne suspendait les frictions que lorsque le malade rendait quatre à cinq litres de salive dans sa journée. Plusieurs de ses contemporains, moins modérés, continuaient de faire saliver tant que le malade n'était pas trop affaibli.

Je viens de vous exposer le traitement ancien; vous allez voir combien le traitement actuel en diffère.

---

montrant que *M. Verlaine*, quoique soigné par M. Tapret, aurait encore besoin de séjourner quelque temps dans l'appareil inhalateur.

Les portraits de médecins abondent. En première ligne, on doit mentionner celui du *docteur Huchard*, de M. Umbricht; impossible de faire plus ressemblant; peut-être la pose est-elle un peu trop cherchée, la table aux accessoires trop pleine, mais ce sont là critiques de détail.

Le *professeur Lannelongue* a eu l'honneur envié d'être portraicturé par M. Paul Dubois, qui a su tirer du rouge sur rouge un parti merveilleux; vêtu de sa robe professorale, le maître a cette physionomie pétillante de malice et d'esprit qui est un de ses plus grands charmes.

On peut encore placer dans un bon rang le portrait du *professeur Fournier*, par M. Ch. Landelle; ce n'est pas tout à fait le sourire ironique du maître, qui en a tant vu, mais c'est cependant fort ressemblant.

Vient ensuite le portrait du *docteur Desprès*, par M. Franzini d'Issoncourt; le chirurgien de la Charité est en train de déclarer que l'érysipèle, qu'il reconnaît du reste être très fréquent dans son service, revêt comme cause la présence des infirmières laïques (1). Citons encore les portraits de M. le *docteur A. M...* et de *Mme M...*, par M. Paul Buffet; de la *famille Mousseaud*, peinte par MM. Lenoir et Barbotin; du *docteur Maret*, par M. Marioton; de deux *docteur P...*, l'un peint par M. Pichot et l'autre par Mlle Philippar-

---

(1) Voyez *Gaz. des hôpitaux*, n° 65.

Le bon régime et une hygiène convenable sont d'abord recommandés. On a renoncé aux dépuratifs, à l'inanition, à la sudation, à la séquestration; enfin, on cherche, autant que possible, à éviter la salivation.

Cependant quelques vieux abus persistent encore en Russie et en Allemagne. C'est ainsi qu'à Aix-La-Chapelle, où se rendent un grand nombre de syphilitiques, on fait suer les malades après chaque friction. De plus, les patients ont une très grande crainte du froid et désirent souvent ne pas sortir pendant la durée du traitement. Quand on leur ordonne des douches froides, des bains de mer, en même temps que les frictions, on les stupéfie, et cependant, dans certains cas, il est indispensable de recourir à l'hydrothérapie. Lorsque nous avons à traiter une épilepsie syphilitique, il faut prescrire à la fois : les frictions mercurielles, l'iodure de potassium et les douches.

Actuellement on emploie, pour les frictions, une pommade qui est composée en mélangeant partie égale de mercure et d'axonge fraîche. Il ne faut, du reste, employer qu'une pommade récemment faite, car elle rancit rapidement et devient alors irritante pour la peau. La pommade à la lanoline n'offre pas d'avantages notables.

Schuster a conseillé l'usage de savons mercuriels qui sont certainement plus propres que l'onguent, mais leur emploi exige beaucoup de temps, car il faut une demi-heure pour dissoudre le pain de savon de 4 grammes.

En moyenne, chez un adulte, 4 grammes de pommade sont suffisants. Quelquefois on porte la dose à 6 ou 8 grammes, mais il faut bien savoir qu'alors on doit redouter la stomatite. Les femmes supportent plus mal les frictions que les hommes, et la stomatite est plus fréquente chez elles. Quant au nouveau-né, on peut, dans les cas ordinaires, aller jusqu'à 2 grammes, et, dans les cas graves, jusqu'à 3 grammes; l'inflammation de la bouche n'est pas à redouter chez lui par suite de l'absence des dents.

D'autre part, dans les syphilis graves, quand il faut, à tout prix, agir vite, on peut avoir recours à des doses supérieures. C'est ainsi que, dans certaines syphilis cérébrales graves, on atteint parfois les doses excep-

---

QUINET. Enfin, parmi les miniatures, nous avons aperçu le portrait de *Mme L...*, par Mme CHÉRON, qui a su reproduire le visage si aimable de la femme d'un de nos plus éminents physiologistes.

II

Les portraits extra-médicaux foisonnent. Mme Laure BROUARDEL a donné à une physionomie d'aïeule un charme doux et subtil qui fait de ce portrait un des plus charmants du Salon des Champs-Élysées. Parmi les meilleures toiles, nous citerons le portrait de *M. Gérôme*, par M. CORMON; modelant une statuette, l'auteur de *Tanagra* a été saisi sur le vif. M. Jean GIGOUX expose les figures de *MM. Jules Simon* et *Léon Bonnat*, deux chefs-d'œuvre qui montrent que l'âge a laissé à M. Gigoux toute la vigueur de son talent. Au Champ-de-Mars, M. Carolus DURAN expose un magnifique portrait de *M. Gounod;* c'est là de la belle et grande peinture qui ne fait que mieux ressortir l'insanité de la majorité des toiles qui s'étalent sur la cimaise dans le palais des Beaux-Arts. Nous ne pouvons malheureusement que citer le portrait de *M. O. C...* [illegible] par M. BONNAT; celui de *Mme L...*, par M. GOMEZ, qui nous montre son gi[illegible] portant devant elle une ombrelle avec un geste charmant familier aux j[illegible]; le portrait de *Mme de W. J...*, par M. MACHARD, qui modèle finement la [illegible]aules féminines; le portrait d'une *Veuve*, de M. FOX, vieille dame de face [illegible]se détachant sur un fond noir et dont le teint tend malheureusement un p[illegible]cher de la couleur ambiante. Terminons en mentionnant les portraits d[illegible], par M. CHARTRAN; de

tionnelles de 10 et 12 grammes que l'on peut appliquer sur le cuir chevelu dénudé.

Un fait curieux et utile à connaître, c'est que certaines eaux minérales peuvent faire supporter des doses élevées de mercure en friction. Il en est ainsi d'Uriage, de Cauterets, d'Aix qui agissent par stimulation générale de l'organisme. A Uriage, Doyon a pu donner 14, 16, 20 grammes même d'onguent mercuriel.

Il faut, quand on fait une friction, connaître exactement la quantité de pommade que l'on emploie ; aussi doit-on toujours la peser exactement, et jamais on ne doit se contenter d'un jugement par à peu près, qui est insuffisant pour un médicament aussi actif.

Vous pouvez formuler de la manière suivante :

Onguent mercuriel double..................... 30 grammes.

A diviser en sept cartouches.

La quantité de 2 grammes qui se trouve en trop répond à ce qui reste sur les cartes au moment de l'emploi.

Les frictions doivent être faites le soir, au moment du coucher, car la pommade ne gêne pas le malade pendant la nuit comme pendant le jour; elle donne, en effet, une sensation d'engluement toute spéciale.

C'est sur la surface du thorax, au-dessous des aisselles, qu'il faut de préférence faire les frictions. L'absorption se fait très facilement et on doit même avoir soin de ne pas aller jusque dans l'aisselle, les régions pileuses absorbant le mercure avec une grande facilité ; au contraire, dans la région du thorax que je vous indique, il n'y a presque pas de poils. Les frictions que l'on fait sur le pubis et le scrotum, pour combattre les pediculi pubis, sont très facilement suivies de stomatite.

Généralement on évitera toute irritation de la peau en frictionnant un jour le côté droit et un jour le côté gauche. Dans le cas où cette précaution ne suffirait pas. on alternerait avec la face antéro-interne de la cuisse, avec la face antéro-interne du bras.

Mlle Mad. C..., par Mlle Godin, dont le talent mûrit chaque jour, et envoyons les amateurs du flou au Champ-de-Mars. La mode est d'y faire des portraits qui rappellent vaguement les photographies spirites dans lesquelles l'ombre vague qui se dessine sur l'épreuve représente avec autant de vraisemblance Marie-Antoinette ou M. Chevreul. Et dire qu'il y a de charmantes jeunes femmes qui se résolvent à laisser d'elles des images aussi peu agréables !

III

Les salons renferment, comme d'habitude, un certain nombre de toiles à effet. La meilleure de ces œuvres tapageuses est certainement celle de M. Rochegrosse que de misérables intrigues d'atelier ont seules pû empêcher d'avoir la médaille d'honneur. Si l'on songe que M. Rochegrosse est un tout jeune homme, on ne peut qu'admirer profondément un tableau dans lequel la composition, le dessin et la couleur sont également à louer et que popularisera certainement la gravure. L'aube se lève sur le dernier festin de Balthasar ; épuisés par l'orgie, satrapes et courtisanes dorment étendus en des poses qui ont permis au peintre de nous montrer le corps féminin sous des aspects troublants fort éloignés de la froide académie. L'armée de Cyrus, hurlante, arrive au seuil de l'immense salle du festin, tandis que le monarque assyrien, accouru aux clameurs, recule épouvanté. Tout en recueillant le plus possible de documents archéologiques, l'artiste a su ne pas s'asservir aux minuties qui ne peuvent qu'entraver l'inspiration, et les quelques

La friction doit être faite vigoureusement. Quinze minutes sont nécessaires pour 4 grammes, trente minutes pour 8 grammes. On s'est servi, pour la personne qui fait la friction, soit de gants, soit d'instruments divers.

Une fois la friction terminée, la région est recouverte d'un linge trempé dans l'eau chaude, d'un taffetas ou de ouate; cette dernière donne une chaleur pénible. Naturellement on appliquera un bandage de corps s'il s'agit du thorax, un caleçon si la friction a été faite sur les membres inférieurs, etc. Lorsque la pommade est restée à peu près huit heures en contact avec la peau, on l'enlève avec du savon, puis on essuie et on saupoudre de poudre de riz. On ne fera qu'un lavage ou on ne prendra un bain que tous les deux ou trois jours.

Le nombre des frictions qu'il faut prescrire varie selon les cas. Il est rare que l'on puisse prolonger la friction journalière plus de trois semaines; quand on continue, une surveillance minutieuse est nécessaire pour éviter les accidents. En général, la limite est de trois ou quatre semaines. Chez la femme, la stomatite est très fréquente au bout de ce temps, bien que l'on prenne les plus grands soins de la bouche. Souvent il est nécessaire de tâtonner. Tantôt le malade a besoin d'un repos de trois ou quatre jours, après trois ou quatre frictions; tantôt ce repos ne devient nécessaire qu'au bout d'une semaine; tantôt, encore, on ne peut recourir aux frictions qu'un jour sur deux; il faut, dans tous ces cas, fragmenter la cure.

Vous devrez donc, pour pouvoir employer ce mode d'administration du mercure, surveiller attentivement vos malades et savoir varier votre manière d'agir.

CORRESPONDANCE

Paris, 3 juin 1891.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je lis dans le n° 65, mardi 2 juin, page 791, de l'*Union médicale*, une analyse repro-

reproches que l'on a cru devoir lui faire sur ce point sont, pour nous, parfaitement négligeables. Le tableau de M. Rochegrosse donne une impression de grandeur qui le met bien au-dessus des précédents envois du même artiste.

C'est un peu un sujet du même genre qu'a choisi M. Chalon, qui a peint la *Mort de Sardanapale*. Tous les détails sont fort soignés; puis, isolément, chaque corps de femme est bien peint, mais l'ensemble laisse froid et est évidemment trop chargé; c'est un entassement confus de corps humains, de tapis, de vases, de bijoux dans lequel l'œil ne trouve aucune tonalité franche sur laquelle il puisse se fixer et que revêt la même couleur un peu grise.

Le même gris règne en maître dans le tableau de M. Jean-Paul Laurens, la *Voûte d'acier*. Le roi Louis XVI vient à l'Hôtel de Ville rendre visite à la municipalité parisienne; les échevins, debouts, deux par deux, sur les degrés que va franchir le monarque hésitant croisent leurs épées au-dessus de leur tête, tandis que Bailly tient à la main la cocarde tricolore qu'il offre à son souverain; le carosse du roi, les seigneurs vêtus de soie et le populaire, contenu par des gardes à cheval, forment les fonds de la scène. Il est évident que chaque figure de bourgeois est finement étudiée, que l'air bonnasse et embarrassé du gros Louis XVI, aussi bien que la physionomie peut-être un peu molle du maire parisien triomphant sont bien en situation, cependant l'ensemble est terne et froid, et l'on regrette de ne pouvoir ni colorer ni animer d'avantage un morceau de peinture qui est, à tout prendre, digne d'un de nos meilleurs maîtres.

(*A suivre*) P. Norech.

duisant presque textuellement un de mes articles. Seriez-vous assez aimable : 1° d'en indiquer la source : *Annales de médecine*, n° 7, 4 mars 1891, la *Province médicale* n'ayant fait qu'analyser ce court article; 2° d'ajouter que je n'ai nul droit au titre de *professeur* que l'on m'octroie page 792, ligne 5.

Enfin, la seconde formule est reproduite d'une façon inexacte : au lieu d'acide borique pulvérisé, c'est acide borique *non* pulvérisé qu'il faut lire.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr P. Tissier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° L'ampliation du décret autorisant l'Académie à accepter le legs Guinchard destiné à la fondation d'un prix bisannuel de 4,000 francs, qui sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : « Maladie du croup et des angines croupales », et trouvé le meilleur remède contre ces maladies;

2° Un mémoire intitulé : « Théorie de l'énergie en physiologie et en thérapeutique », par le docteur Reynier.

M. Charpentier, répondant à une assertion de M. Constantin Paul, insiste sur ce point que le cœur s'*hypertrophie* certainement pendant la grossesse.

Accidents de la chloroformisation. — M. Laborde montre un appareil destiné à pratiquer la respiration artificielle dans le cas d'accidents dus au chloroforme; on doit la réaliser par le procédé de l'insufflation. L'appareil de M. Laborde permet non seulement de faire l'insufflation, mais de se rendre compte à tous les moments de la chloroformisation de l'état des mouvements respiratoires.

M. Labbé n'admet pas que les physiologistes puissent fixer les règles de la chloroformisation, ni étudier avec fruit les moyens de prévenir ni d'empêcher les accidents. Chez l'homme, il se produit au moment du danger une respiration spéciale que tout médecin peut apercevoir sans appareil spécial; ce mode de respiration ne peut être décrit, mais est toujours reconnu par celui qui l'a observé une fois. On peut le comparer à celui des agonies ordinaires. M. Labbé revendique la priorité de la méthode d'administration du chloroforme par doses fractionnées; il ne faut pas pincer les narines de ses malades.

M. Guérin regrette que M. Labbé ne puisse pas mieux décrire la respiration spéciale qu'il dit avoir observé. C'est Simpson qui le premier a employé le mode d'administration que préconise M. Labbé.

M. Chauveau a donné le chloroforme un grand nombre de fois aux animaux et à l'homme; il ne voit pas qu'il y ait des différences dans les réactions, ni dans le genre de mort. Il faut mieux recourir à des procédés simples contre les accidents; cependant, si on pouvait les éviter au prix d'appareils spéciaux, ces derniers seraient fort utiles. M. Chauveau félicite M. Laborde de ses recherches.

M. Laborde insiste sur l'identité des résultats observés chez les animaux et chez l'homme, et, pour lui, il est certain que physiologistes et chirurgiens finiront par s'entendre.

Corps étranger du larynx. — M. Périer montre une jeune fille à laquelle il a dû pratiquer la laryngotomie pour enlever un fragment d'os séjournant dans le larynx depuis un mois. Une trachéotomie avait été faite sans résultat quatre heures après l'accident. Des tampons imbibés d'une solution aqueuse d'analgésine ont, avec quelques pinces, suffi à assurer l'hémostase.

Extirpation d'un kyste du rein. — M. Tuffier fait la communication suivante :

« L'opération que j'ai l'honneur d'exposer a trait à une méthode d'extirpation des tumeurs bénignes du rein. Son exécution s'appuie sur deux principes que j'ai défendus au point de vue expérimental et clinique : 1° l'*économie* du parenchyme rénal, quand il est sain; 2° l'efficacité et la rapidité de *sa réunion* par première intention au milieu du liquide urinaire.

En présence d'un kyste séreux du rein, on pratique généralement la *néphrectomie* totale ou le *drainage de la tumeur*. La première est dangereuse, puisque, sur 24 opérations, elle a donné 11 morts (45 p. 100). La seconde est incomplète, et, sur 8 opérations, elle a laissé 4 fistules persistantes (50 p. 100) nécessitant une néphrectomie secondaire. Je crois, en m'appuyant sur mes recherches antécédentes, pouvoir proposer une intervention meilleure dans les cas où le parenchyme rénal est en grande partie indemne. Elle consiste à *extirper radicalement la tumeur qui est bénigne, en conservant le rein qui est normal.* J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération dans les circonstances suivantes :

Un homme de 64 ans, employé de commerce, m'est adressé pour des hématuries qui ont débuté il y a une année; elles ont persisté constamment, mais avec une intensité variable depuis cette époque. Elles sont abondantes, spontanées et ne s'accompagnent d'aucun autre trouble de la miction, sauf d'une fréquence exagérée du besoin d'uriner.

L'examen méthodique de la vessie et les caractères de l'hématurie me font porter le diagnostic de néoplasme de cette cavité. L'examen par le rectum est négatif et la cystoscopie impraticable. En palpant la *région rénale* du côté droit, je sentis un rein du volume d'une tête de fœtus, fortement abaissé au-dessous des fausses côtes. Avant d'attaquer la lésion vésicale, je résolus d'intervenir sur le rein.

Le 9 février, je pratique une incision lombaire, je rencontre et j'explore *de visu* l'extrémité inférieure et le corps du rein, qui sont normaux. Son *extrémité supérieure* se prolonge, au contraire, au-dessous du diaphragme, formant une tumeur du volume du poing. Cette corne est lentement dénudée et amenée dans le champ opératoire en la faisant basculer derrière la douzième côte.

Il s'agit d'un grand kyste rénal, sa transparence est parfaite, et je m'assure qu'il occupe le tiers supérieur seul de l'organe. En face d'une lésion ainsi localisée, je prends le parti d'extirper le kyste par dissection. Je fais comprimer par un aide le pédicule rénal, je dissèque le kyste dans l'épaisseur du parenchyme; j'enlève ainsi toute la tumeur sans perte de sang. Je réunis ensuite la perte de substance, ainsi faite, par cinq points de catgut passés dans les lèvres de la plaie du parenchyme rénal. Puis, la plaie étant fermée et les bords de la capsule propre réunis, je fais cesser toute compression. Il ne se fait aucun suintement sanguin; le rein est réduit et abandonné dans sa loge lombaire. Les muscles et aponévroses sont suturés en étages et la peau réunie au crin de Florence sans aucun drainage.

Au septième jour, les crins sont enlevés, tout est fini du côté de la plaie. Mais, l'hématurie vésicale persistant, j'extirpe vingt jours après, par la taille sus-pubienne, le néoplasme de la vessie. Il s'agissait d'un épithélioma. Mon malade est actuellement guéri.

De ce fait on peut conclure que l'opération de choix, dans le traitement des kystes séreux du rein, est l'ablation du kyste par dissection avec suture et réunion par première intention de la plaie du parenchyme rénal. Cette méthode me paraît susceptible d'être généralisée à la plupart des tumeurs bénignes de cet organe. »

Anévrysme artério-veineux de la carotide dans les sinus anormaux, par M. Kalt. — Il s'agit d'un homme de 35 ans qui fit une chute sur la région occipitale le 1er janvier 1891 et se fractura la base du crâne. Bientôt apparurent de l'exophthalmie, un ptosis complet avec paralysie de tous les muscles de l'orbite, des battements synchrones au pouls dans la région supéro-interne de l'orbite. Le malade se plaignait de battements dans la tête qui l'empêchaient de dormir. A l'auscultation, on trouvait, dans la région sus-orbitaire et pariéto-frontale gauche, un bruit de souffle continu avec redoublement systolique,

souffle qui disparaissait par compression de la carotide au cou. La surdité était absolue à gauche.

La ligature de la carotide primitive n'entraîna pas d'accidents et fut suivie de la cessation des battements et du bruit de souffle intra-crânien.

Aujourd'hui, quinze jours après l'opération, il n'y a plus de battements, mais les muscles sont toujours paralysés. Cependant, un souffle vient d'apparaître au niveau du malaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Hystéro-traumatisme par décompression brusque. — Sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thomsen.*

M. Debove présente en son nom et au nom de M. Rémond (de Metz), actuellement professeur agrégé à la nouvelle Faculté de Toulouse, l'observation d'un fait d'hystéro-traumatisme produit par une décompression brusque.

Un homme de 35 ans, employé aux travaux du port de Trouville, travaillait dans une cloche à plongeur, quand, par suite d'une fausse manœuvre, il fut tout à coup brusquement décomprimé. Il perdit immédiatement connaissance, mais sans avoir pu se rendre compte de ce qui se passait, sans avoir éprouvé la moindre frayeur. A son réveil, il fut pris subitement de crises de grande hystérie qui se succédèrent pendant huit jours sans presque discontinuer; pendant huit jours, il lui fut impossible de dormir. Il se jetait à droite, à gauche, faisait l'arc de cercle, etc.; c'étaient en un mot des crises d'hystérie d'une intensité extraordinaire et subintrantes.

A la suite de ces crises, le malade devint hémiplégique. C'est à ce moment que M. Debove l'examina : c'était une hémiplégie droite, s'accompagnant d'hémi-anesthésie cutanée et sensorielle, présentant enfin tous les caractères de l'hémiplégie hystérique.

Cette observation présente, à plusieurs égards, un très grand intérêt. Tout d'abord, la décompression brusque n'avait jusqu'ici jamais été signalée comme cause hystéro-traumatique; dans ce cas, c'est bien elle qu'il faut incriminer; la frayeur n'a joué aucun rôle dans l'apparition des accidents, puisque le malade ne s'était pas rendu compte de ce qui se passait. De plus, l'hystérie produite par la décompression s'est manifestée, sur la totalité de l'individu, par la production de grandes crises d'hystérie, tandis qu'ordinairement l'hystéro-traumatisme ne produit que des paralysies localisées, hémiplégies, monoplégies. Enfin, on ne retrouva, dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade, aucune tare nerveuse. Le traumatisme semblait donc avoir créé de toutes pièces ces crises suraiguës d'hystérie.

Quand on lit les observations de paralysies par décompression brusque, on y trouve signalés des accidents absolument dissemblables. Cette variété des manifestations et des phénomènes tient très probablement à la diversité des causes qui les ont produites. Dans certains cas, on peut admettre, avec la plupart des auteurs, qu'il s'est produit dans les centres nerveux, et plus particulièrement dans la moelle, un dégagement de bulles de gaz au moment de la décompression brusque. Mais, il est d'autres observations qui sentent l'hystérie d'une lieue, et qui doivent être regardées comme des observations d'hystéro-traumatisme.

A l'appui de cette hypothèse, on trouve les résultats thérapeutiques obtenus dans ces derniers cas; la guérison, en effet, est souvent due à la suggestion. On a, par exemple, dans ce cas, soumis le malade à une compression très intense deux ou trois mois après une décompression brusque ayant laissé une paralysie supposée organique; on pensait que des bulles de gaz, dégagées du sang dans les centres nerveux, avaient produit ces lésions organiques. La compression avait pour but d'amener la dissolution de ces gaz dans le sang; une décompression lente suivit. Le malade guérit. Très certainement, dans ce cas, le mécanisme invoqué était faux. Il ne restait plus de bulles de gaz dans la moelle au bout de deux mois. Le médecin avait fait une suggestion inconsciente.

Donc, les décompressions brusques peuvent être, dans quelques cas, regardées comme

causes d'hystéro-traumatisme. M. Debove n'a point l'intention de nier les lésions organiques que ces décompressions peuvent produire par dégagement de bulles gazeuses, ni les paralysies qu'entraînent ces lésions; il a voulu simplement établir que quelques-unes de ces paralysies sont purement nerveuses.

M. Rendu : M. Debove a-t-il trouvé, parmi les observations qu'il a lues, des cas d'hémiplégie véritable à la suite de décompressions brusques? C'est, en effet, la paraplégie qui se produit le plus habituellement dans ce cas.

M. Debove : On a tout observé : paraplégies, hémiplégies, monoplégies. Mais les auteurs n'ont pas exploré la sensibilité; c'est dire qu'ils n'ont pas noté ce qui viendrait, dans bien des cas, démontrer la nature hystérique des accidents.

M. Dumontpallier : M. Debove admet que son malade était un véritable hystérique; il n'a cependant pas assisté à ses grandes attaques.

M. Debove : A la description que le malade fait de ses crises, on reconnaîtrait à coup sûr l'hystérie. Mais, en outre, l'hémiplégie consécutive avait absolument tous les caractères de l'hémiplégie hystérique, avec anesthésie cutanée et sensorielle.

M. Dumontpallier : Dans ses expériences de décompression brusque sur des chiens, P. Bert n'avait jamais observé que de la paraplégie. M. Dumontpallier avait attribué cette localisation spéciale de la paralysie à une disposition particulière des veines de la moelle lombaire. P. Bert, en effet, constata à ce niveau l'existence d'un lacis veineux très développé. C'est en ce point que la décompression brusque produisait un dégagement considérable de bulles gazeuses qui rompaient le tissu médullaire et provoquaient souvent de petites hémorrhagies. Le cerveau restait toujours intact.

M. Debove : Sans doute la paraplégie existe aussi chez l'homme, de même que les lésions organiques produites par le dégagement des bulles gazeuses. Mais, tandis que chez les animaux on n'observe que des paralysies organiques, chez l'homme au contraire, on peut observer autre chose, l'hystéro-traumatisme. Dans un cas, par exemple, on parle d'une hémiplégie avec aphasie transitoire; l'hystérie doit être ici fortement soupçonnée.

— M. Raymond : La maladie de Thomsen est une affection congénitale caractérisée par des troubles de la motilité, consistant en contracture des muscles au moment des mouvements volontaires; cette contracture dure quelques secondes, puis disparaît. M. Raymond a déjà établi que ces phénomènes sont dus à une myosite parenchymateuse avec multiplication des noyaux du myolemme.

Il existe un certain nombre d'observations de maladie de Thomsen dans lesquelles on a noté l'envahissement des muscles moteurs de l'œil et des paupières. Mais il est quelques phénomènes qui n'avaient pas encore été signalés et que M. Raymond a observés, avec M. le docteur Kœnig, chez deux sujets dont l'observation a déjà été publiée dans la thèse de M. Déléage. M. Raymond présente un de ces malades à la Société. L'examen des yeux fait constater chez lui, du côté gauche, un astigmatisme avec un certain degré de myopie. Œil droit normal. Réactions pupillaires et acuité visuelle normales, pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie; pas de lésion du fond de l'œil. On constate de plus, à l'occasion des mouvements brusques de la tête et du cou, un spasme des paupières qui rend les yeux saillants, le regard fixe, tandis que se produit en même temps une amblyopie ou même une cécité transitoire. Les muscles droits internes des yeux ont augmenté d'épaisseur d'une façon très notable; l'hypertrophie envahit progressivement les autres muscles.

Chez le second malade dont parle M. Raymond, les spasmes sont surtout accentués dans les muscles élévateurs du globe oculaire, et ils sont exagérés par l'application directe du courant faradique. Pas de contracture du muscle de l'accommodation ni d'asthénopie; pupilles normales, réagissant bien; leur contraction à la lumière est cependant de courte durée; presque aussitôt après leur mouvement, elles se dilatent, malgré la persistance de l'excitation. Diplopie intermittente, champ visuel normal; pas de dyschromatopsie ni de lésion du fond de l'œil; amblyopie et amaurose transitoires. Ces derniers phénomènes doivent se rattacher à des troubles circulatoires; peut-être la con-

tracture des muscles moteurs et la compression du globe oculaire qui en résulte déterminent-elles des troubles de la circulation rétinienne? Peut-être faut-il accuser une compression des carotides par la contraction spasmodique des muscles du cou et des troubles consécutifs dans les artères de la base du cerveau?

La première hypothèse a plus de valeur; elle trouve, du reste, une confirmation dans une expérience de Donders, qui, après avoir déterminé de l'amblyopie chez un sujet sain par la compression des globes oculaires, trouva, à l'ophthalmoscope, que la rétine était exsangue.

La maladie de Thomsen peut donc se manifester par des troubles oculaires importants. Si l'accommodation n'est nullement intéressée, — ce qui s'explique par ce fait qu'elle est sous la dépendance d'un muscle lisse, le muscle ciliaire, et que les muscles striés seuls sont atteints, — par contre, les muscles moteurs peuvent tous être envahis (les muscles droits étant pris de préférence) et peuvent présenter des troubles myotoniques caractéristiques entraînant à leur suite de l'amblyopie et de l'amaurose transitoires.

FORMULAIRE

Lotion contre l'eczéma vulvaire. — Lusch.

Bicarbonate de soude	8	grammes.
Bicarbonate de potasse	4	—
Glycérine neutre	6	—
Teinture d'opium	8	—
Eau	250	—

Faites dissoudre. — Lotion matin et soir, contre l'eczéma de la vulve. — Après les lotions, saupoudrer avec un mélange composé de : amidon pulv., 98 parties; camphre, pulv., 2 parties. — N. G.

COURRIER

Le Conseil municipal de Paris a accepté la proposition suivante :

« L'Administration est invitée à présenter le plus prochainement possible un projet d'organisation d'un service médical spécial pour les maladies des yeux, dans les établissements scolaires de la ville de Paris. »

— A titre de mesure transitoire, et en attendant que le nouveau baccalauréat fonctionne régulièrement, les diplômes à fournir pour la première inscription de doctorat sont fixés, par décret, comme il suit :

Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention : lettres-philosophie, et transitoirement le diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Les diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences et de bachelier de l'enseignement secondaire spécial actuellement délivrés et ceux qui seront délivrés ultérieurement en exécution des mesures transitoires restent valables pour l'inscription en vue des grades, conformément aux règlements antérieurs.

— La Société médico-psychologique propose les prix suivants pour l'année 1892 :

Prix Aubanel (2,400 francs). — Question : « Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution. »

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1890 et 1891 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1892, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

— La Société des médecins inspecteurs des écoles a approuvé à l'unanimité, dans sa dernière séance, le rapport du docteur Mangenot, sur les boîtes de secours qui viennent d'être placées dans les écoles communales de Paris. Les instructions du docteur Mangenot, ayant pour but de faciliter aux instituteurs l'emploi des appareils et médicaments contenus dans ces boîtes, vont être imprimées et distribuées dans chaque école.

— M. le docteur Montignac vient d'être nommé médecin inspecteur des écoles du XIe arrondissement de Paris.

Vins falsifiés. — On écrit de Rouen :

« Le 11 avril, la douane de Rouen saisissait 111 fûts de vins en transit pour Bercy, destinés à des commissionnaires parisiens. 104 fûts contenaient plus de 2 grammes de sel marin par litre; 7 fûts, plus de 2 gr. 80 de sulfate de potasse, chiffres dépassant la tolérance.

« Les destinataires furent assignés en police correctionnelle pour entendre prononcer la saisie des fûts.

« Le tribunal vient de rendre son jugement. Il déclare que l'addition d'une substance étrangère suffit à déterminer la falsification aux termes de l'article 1er de la loi de 1851. En vain on soutiendrait que les vins n'étaient pas destinés à la consommation dans l'état où ils ont été saisis; la falsification peut être poursuivie à tout moment et partout où elle se produit, à la double condition qu'il s'agisse d'une substance alimentaire et destinée à la vente.

« Le tribunal, attendu que l'expert chimiste a déclaré que les vins saisis peuvent être déplâtrés ou ramenés à la dose réglementaire du sel, soit par la distillation, soit par un mélange, dit qu'il n'y a pas lieu d'ordonner qu'ils soient répandus sur la voie publique, prononce la confiscation des fûts saisis et ordonne qu'ils soient remis, après la dénaturation voulue, à la disposition de l'administration des hospices.

« Les destinataires ont l'intention de faire appel. Ils se proposent de soutenir qu'ils auraient aussi bien fait la dénaturalisation pour leur clientèle que l'administration pour les malades. » (*Bull. méd.)*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Andiau (de Chemillé), L. Aubergier (de Chambon), Armieux (de Luz-Saint-Sauveur), Astier (de Paulhaguet), Cougit (de Toulon), De Gouvault (de Gouvault), Frédéric Love (de Paris), Martins Costa (de Rio-de-Janeiro), P. Méricamp (de Biarritz).

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 juin 1891. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

Bon cabinet médical à céder, revenu 12 à 15,000 francs. Clientèle sûre. — S'adresser à Mme Vaux, rue Fructidor, 12, à Chalon-sur-Saône.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Le Sénat a nommé, lundi dernier, les membres de la commission qui doit examiner le projet de loi adopté par la Chambre sur l'exercice de la médecine. Ce sont : MM. Bardoux, Combes, Costes, Couturier, Cornil, Delsol, Lemonnier, Lesouef, Libert.

Le *Bulletin médical*, qui a des intelligences dans la place, a pu savoir ce qui s'était passé dans les bureaux avant l'élection des commissaires, et, d'après les discussions qui se sont engagées à cet égard, a pu porter en quelque sorte le pronostic de la future loi.

Le projet ne sortira peut-être pas intact de la commission du Sénat, qui, tout en lui étant favorable d'une manière générale, semble décidée à y apporter des modifications importantes.

En ce qui concerne les officiers de santé, il y aura certainement une forte minorité, peut-être même une majorité en faveur de leur maintien. Dans le 5ᵉ bureau, M. Cornil, partisan de la suppression, mais sous certaines réserves, n'a eu que 8 voix contre 7 à M. Camescasse, partisan déclaré du *statu quo*; dans les 6ᵉ, 7ᵉ et 8ᵉ bureaux, MM. Delsol, Lesouef et Libert ont

FEUILLETON

CAUSERIE

Les associations d'étudiants, depuis les fêtes de la grande année, j'entends 1889, ne cessent de fraterniser; jamais on n'avait eu tant d'occasions de le faire, ou du moins jamais on ne les avait saisies avec autant d'empressement. Après Paris, Montpellier; après Montpellier, voici Gand qui a invité les étudiants aux fêtes universitaires des 15 et 16 mars de 1891, dont on trouvera le compte rendu enthousiaste dans le numéro de mai de l'*Université de Paris*, bulletin mensuel de l'Association générale des étudiants. Enthousiaste est le mot, et le mot n'est pas de notre compatriote délégué à Gand par l'Association des étudiants de Paris, mais du *Journal de Gand* lui-même. « On trouvera sans doute, dit ce journal, que les mots enthousiasme, ovation, hurrah, se présentent bien souvent dans ces notes rapides. C'est que jamais, peut-être, nous n'avons vu enthousiasme plus sincère, ovations plus cordiales, hurrahs plus frénétiques. » Et le journaliste, gagné sans doute par l'attendrissement général, se montre particulièrement aimable à notre endroit. « Les hasards du reportage, dit-il encore, nous mettent en rapport pendant quelques instants avec les délégués français, charmants garçons, d'une exquise affabilité; ils sont enchantés de l'accueil flamand et le disent bien haut. »

La cause de tout cela remonte à nos fêtes de 1889; grâce au concours des pouvoirs

été élus pour s'être prononcés en faveur du maintien des officiers de santé. Par contre, dans le 3e bureau, M. Costes (de l'Yonne) a été élu parce qu'il est partisan de la suppression de l'officiat. Dans les autres bureaux, il n'y a presque pas eu de discussion, et l'on ne peut savoir exactement si les commissaires nommés ont ou non une opinion arrêtée sur la question.

M. Cornil pense que c'est encore une question à étudier; il serait assez disposé à conserver les officiers de santé, si on pouvait les astreindre à s'établir dans les campagnes, si on rendait leurs examens plus sérieux, en portant de trois à quatre ans la durée des études, et en multipliant les épreuves pratiques.

M. Cornil s'est aussi prononcé pour la création des médecins légistes spéciaux; pour la déclaration obligatoire, malgré le secret professionnel, des cas de maladies infectieuses, variole, scarlatine, etc., comme on le fait déjà pour le choléra, parce que les inconvénients de la non-déclaration sont infiniment plus graves que ceux qui pourraient résulter de la violation du secret professionnel dans ces circonstances toutes spéciales.

Tous les commissaires semblent favorables à la nécessité de la réglementation de la profession de dentiste, et plusieurs ont même demandé que les dentistes soient munis non d'un brevet, mais d'un diplôme.

Il paraît qu'un grand nombre de dentistes ont signé une pétition qui sera incessamment remise aux sénateurs, et dans laquelle il s'élèvent contre toute réglementation, Il fallait bien s'y attendre. Ne sont-ils pas un peu orfèvres?

Dans le deuxième bureau, on a agité la question de la prescription en matière d'honoraires des médecins. M. Combes, élu commissaire dans ce bureau, demande que la presciption soit de cinq ans et non d'un an, comme cela a lieu à l'heure actuelle. M. Goblet a proposé, soit deux ans, soit cinq ans. Pourquoi cette alternative?

— Qui l'emportera, de la méthode clinique ou de la méthode expérimentale, en matière de chloroformisation? M. Laborde combat pour la seconde; M. Léon Labbé pour la première contre la seconde; M. Chauveau

publics, elles ont été si brillantes, nous avons reçu nos camarades des autres nations avec une si franche camaraderie, une si expansive cordialité, que les trente étudiants de Gand, qui étaient accourus à nos fêtes, en ont emporté la meilleure impression. Cette impression, ils ne l'ont point gardée pour eux, ils l'ont répandue; ils ont dit et répété autour d'eux qu'ils revenaient enchantés de l'accueil des étudiants de Paris; dans leur Université, ils ont été, suivant la belle expression du délégué d'Oxford, « les ambassadeurs de la France ».

Dans l'Almanach de l'Université de Gand (année 1890), dans ce beau volume luxueusement édité, où nos écrivains français ont toujours une place d'honneur, nos camarades gantois publièrent un enthousiaste récit (encore cette épithète) fort complet, singulièrement coloré et vivant, des fêtes universitaires de Paris. Voici la conclusion de ce récit :

« Nous, les privilégiés, qui avons assisté aux fêtes de Paris, nous parlons souvent aux étudiants de Gand de ces fêtes, nous leur en parlerons longtemps encore. Nous transformerons ces récits en une légende faite des traits saillants de nos souvenirs qui rendra célèbres dans le monde universitaire les grandes scènes de fraternité qui eurent lieu dans ce beau pays de France. Et, plus tard, ces événements ne feront pas seulement naître en nous une émotion intime et très vive; ils nous inspireront encore, pour la généreuse nation qui les ont provoqués, un grand sentiment de reconnaissance, toujours plus intense et plus fort, qui nous attachera à elle de plus en plus indissolublement. » (*Almanach de Gand*, 1890, p. 86.)

J'extrais avec grand plaisir tous ces fragments du compte rendu de M. Ph. Vachal,

vient en aide à M. Laborde, et, en fin de compte, la question reste en suspens.

Il restera du moins de la discussion de mardi à l'Académie deux appareils de M. Laborde et une question indiscrète de M. A. Guérin à M. Labbé. Celui-ci ayant déclaré, au cours de son argumentation, qu'il avait toujours constaté que lorsque les accidents devaient se terminer par la mort, ils étaient toujours précédés d'une modification toute spéciale de la respiration, — M. Guérin a demandé à son collègue, puisque M. Labbé paraît avoir une si grande expérience de la mort par le chloroforme, d'indiquer exactement les signes caractéristiques de cette modification. — Mais, a répondu M. Labbé, je n'ai eu qu'une mort par le chloroforme! — Cependant, *toujours*, cela paraît devoir dire plus d'une fois. Et l'Académie a ri! C'est peut-être à cela que nous devons de voir Saint-Barnabé nous ramener le beau temps.

Des deux appareils de M. Laborde, il en est au moins un qui n'est pas à l'abri de la critique. C'est celui qui est destiné à indiquer la cessation et la reprise de la respiration spontanée; il consiste en une ceinture appliquée sur l'abdomen et qui est mise en rapport avec un tambour enregistreur de Marey par un tube de caoutchouc qui communique avec lui. Le moindre mouvement respiratoire se traduit par les mouvements d'un levier actionné par le tambour, et, dès que le levier marche, on en conclut que la respiration fait de même. Cependant il y a là une grande cause d'erreur; ce sont les mouvements de l'abdomen provoqués par bien d'autres choses, en particulier les gaz intestinaux, dont les déplacements ébranlent la paroi abdominale, et font, par suite, mouvoir le levier. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde, par M. LANDOUZY (1). — Souvent on

(1) *Semaine médicale*, 1891.

très bien écrit, et avec beaucoup d'esprit. Il y a surtout une note bien amusante. A chaque station où on attend les délégués étrangers, on annonce comme prochaine l'arrivée d'un étudiant allemand; on le cherche; point d'Allemand. Enfin, on en prend son parti; comme Mme Benoiton, l'étudiant allemand est toujours absent, et les fêtes universitaires se sont terminées sans lui. Parions que nos compatriotes de Caen, de Nancy, etc. n'en ont pas été fâchés. De Nancy surtout, car le chef de sa délégation était originaire de Strasbourg.

Citons tout entière la fin de ce rapport. Elle en vaut la peine.

A ces fêtes, la France fut en honneur et le Français aussi.

Notre langue fut exclusivement employée. Canadiens, Roumains, Finlandais, s'exprimèrent en Français et témoignèrent de l'attraction qu'exerce notre pays sur les gens de cœur et les hommes d'esprit.

« Ainsi, pour la jeunesse européenne, la France redevient la grande nation, à nous de mériter l'affection fraternelle des étudiants belges, tchèques, italiens, etc.; à nous de rester cette jeunesse, prête sans doute à tous les sacrifices pour défendre l'unité de la famille française et les droits de ceux qui, nés français, ont vécu heureux de l'être et malgré tout le sont restés, mais prête aussi, comme l'a si bien dit mon ami Jeanmaire « à ouvrir ses bras à tous les peuples, sans distinction d'origine ni de race, quand ils ne placent pas leur orgueil dans la force brutale, et qu'ils prisent par-dessus tout les bienfaits du travail, de la justice et de la paix ».

Nous n'ajouterons rien à ces lignes, pleines encore de l'*enthousiasme* de la jeunesse. Si,

est porté à diagnostiquer, à l'hôpital aussi bien qu'en ville, un embarras gastrique fébrile, une typhoïdette ou une dothiénentérie alors qu'il s'agit d'une des modalités encore peu connues de l'infection tuberculeuse.

Les malades ont le cortège symptomatique de la dothiénentérie : l'état muqueux, l'anorexie, l'abattement des forces, l'habitus, l'hyperthermie, la splénomégalie, etc. Même, quand on suppose la tuberculose, on ne peut décéler la moindre localisation morbide et cependant il s'agit d'une infection aiguë à forme typhoïde, de fausses dothiénentéries.

Si les malades ont plutôt l'air de typhiques que de tuberculeux, c'est qu'ils sont plus aux prises avec la tuberculose qu'avec les localisations tuberculeuses. Ils sont en état d'infection prétuberculeuse, en état d'invasion de fièvre bacillaire, laquelle infecte l'économie, met à mal l'organisme et le sollicite à de certaines réactions (fièvre, anorexie, amaigrissement, prostration, gonflement de la rate, etc.) bien avant que le bacillisé typhique ait passé de la période d'invasion, représentée par l'évolution bacillaire, dans la période d'éruption représentée par la formation des nodules tuberculeux. A ce moment, les fausses dothiénentéries sont à la tuberculose ce que sont les scarlatines sans scarlatine, ce que sont les varioleux qui meurent avec un rash, à la période de papulation, avant la vésico-pustulation.

Il faut retenir l'expression d'infection bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde, d'infection prégranulomateuse. Car, de même que l'on peut devenir, demeurer et finir tabétique sans avoir jamais été incoordonné, de même on peut être bacillaire sans être tuberculeux *cliniquement parlant.*

Suivant la dose et la virulence de la graine infectante d'une part, suivant le terrain à infection d'autre part, entre la fièvre infec tieuse aiguë à forme typhoïde (période bacillaire) et les premières granulations tuberculeuses (éruption granulique), il peut s'écouler un laps de temps généralement assez considérable, plusieurs septénaires d'ordinaire, pendant lequel le malade, non encore en présence de tuberculose, se révèle uniquement typhisé. A cette période, le granulome tuberculeux fait encore défaut, ou, s'il existe, c'est à l'état isolé et sil encieux. Il n'y a ni toux, ni oppression, ni lésion pulmonaire appréciable.

Dans ces cas, l'infection tuberculeuse est répandue avec une telle discrétion que la localisation du mal, dans tel ou tel viscère, ne s'est manifestée par aucun phénomène extérieur. Dans ces cas, l'autopsie, en outre de l'hypertrophie et du ramollissement de la rate, de l'altération du foie, d'un certain degré de congestion pulmonaire et d'injection

---

pourtant, un seul mot, pour dire que la *Marseillaise* a été jouée ou chantée pendant ces deux jours..... fois. On n'en a jamais pu compter exactement le nombre.

Je crois avoir dit quelque part, autrefois, que l'Association des étudiants était le meilleur moyen qu'on ait jamais trouvé pour arriver à réaliser la paix universelle. Encore quelques réunions comme celle-là, et quelques nouvelles générations, et je serais bien étonné si les canons perfectionnés, les fusils à répétition, la poudre sans fumée, les obus à mélinite, etc., servaient à autre chose qu'à grever le budget des peuples ou à servir d'épouvantail pour les moineaux.

***

Un Américain, mort il a peu de temps, à l'âge de 69 ans, s'est marié en 1840 et a eu de sa première femme 18 enfants en huit ans : deux fois elle a eu des jumeaux; quatre fois elle a eu 3 enfants à chaque couche; la septième fois, elle n'a donné le jour qu'à un seul enfant, après quoi elle est morte. Trois mois après, le père se remarie : deux ans de suite il a, avec sa seconde femme, 1 enfant; puis pendant cinq ans il en a 10 (2 à chaque couche) puis une période de calme s'établit et en trois ans il ne nait que 3 enfants. La seconde femme meurt à son tour laissant à son mari un total de 20 enfants vivants (12 étant morts sur les 32 qui portent le nom du père). Celui-ci se remarie avec une veuve ayant 1 enfant et, en dix ans, elle lui donne encore 9 enfants. Peut-être ce père prolifique continuerait-il le cours de ses exploits si une locomotive ne l'avait écrasé. Sur ces 41 enfants, il n'en vit que 24 à l'heure actuelle.

de la muqueuse intestinale, tous phénomènes communs aux maladies infectieuses en général, révèle de ci de-là quelques jeunes granulations tuberculeuses, c'est-à-dire un véritable paradoxe entre la symptomatologie et l'anatomie pathologique.

A cette période de l'infection aiguë prétuberculeuse, les localisations habituelles à la tuberculose, étroites ou étendues, manquant, rien d'étonnant à ce que le clinicien, aux prises avec un état manifestement muqueux ou avec un état typhoïde grave, songe à la fièvre éberthienne et méconnaisse la possibilité d'une fièvre de prétuberculose.

D'autant que le masque emprunté par les malades infectés de bacillose est bien fait pour entretenir l'erreur : chez les uns, l'état simplement muqueux avec conservation de l'intelligence; chez les autres, la prostration, l'état typhique avéré, la sécheresse de la langue, l'hyperthermie, l'hypertrophie de la rate s'associent pour donner à l'affection l'allure classique d'un embarras gastrique fébrile ou d'une dothiénentérie; si bien que, quand ces malades guérissaient, on les portait à l'actif des typhoïdettes ou de la fièvre typhoïde, avant que M. Landouzy n'eût appelé l'attention sur ces faits et qu'ils n'eussent été confirmés par le professeur Kiener et le docteur Jeannel.

On n'admettait comme forme aiguë de tuberculose que la forme granulique galopante d'Empis qui est à la fièvre prétuberculeuse ce que la variole archiconfluente grave est à la variole discrète et bénigne.

Il est urgent que la nosographie complète la description qu'elle donne de la tuberculose :

1° La tuberculose vulgaire, commune, à marche chronique ou subaiguë;

2° La tuberculose à marche rapide ou phthisie rapide qui n'est, à tout prendre, que la phthisie ordinaire évoluant en quelques semaines au lieu de durer des mois et des années;

3° La phthisie aiguë ou granulie dans laquelle il se fait une efflorescence de granulations tuberculeuses d'âges différents et de volume variable, massivement disséminées sur les divers appareils dont la réaction fonctionnelle a imposé à la maladie l'une des formes respiratoire, nerveuse ou abdominale qui sont les modalités par lesquelles se dénonce la phthisie aiguë granulique.

Les malades atteints de fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde ne ressemblent aux types classiques ni pendant leur vie, ni après leur mort, ni quand vient la convalescence.

Une jeune femme de chambre de 24 ans est envoyée à la Charité avec le diagnostic vraisemblable de fièvre typhoïde, au sixième ou au huitième jour. De fait, elle avait bien

---

*
* *

Au nom de l'antisepsie, va-t-on pendre quelqu'un? J'espère que non, mais au moins va-t-on faire son procès? C'est bien possible. En tout cas, l'acte d'accusation a été lancé dans la presse médicale par un membre de l'Académie qui n'a pas craint de dire tout haut ce que beaucoup pensaient tout bas. Pas plus que la *Tribune médicale*, d'où est parti ce réquisitoire, ni que d'autres journaux qui l'ont reproduit, nous ne nommerons ici l'accusé, mais M. Laborde qui l'a écrit et M. Prengrueber qui l'a confirmé, sont trop compétents dans la question et leur bonne foi est trop à l'abri du soupçon pour que nous n'ajoutions pas foi à leurs déclarations. Nous ajoutons que nous serions heureux, pour l'honneur scientifique et chirurgical de l'accusé, d'avoir à enregistrer bientôt un démenti.

Frotter un drain sur le paquet, pour corriger l'acide phénique dont il est imprégné, et l'introduire ensuite dans une plaie, c'est peut-être donner une bonne idée de la propreté de nos salles d'hôpital, si le malade n'est pas infecté après un pareil pansement, mais non des opinions du chirurgien en matière d'antisepsie. Evidemment ça ne peut pas en rester là, et il nous semble que l'administration devrait vouloir savoir à quoi s'en tenir à ce sujet et ne pas tolérer de pareils actes.

*
* *

On connaissait déjà bien des échanges de mauvais procédés entre les animaux et l'homme.

l'air d'une dothiénentérique : subdélire, prostration, fulliginosités des dents, langue sèche, ballonnement abdominal, légère diarrhée. Il est vrai qu'on ne trouvait pas de taches rosées, mais la maladie était encore au début.

M. Landouzy ne crut pas, après examen très circonstancié, devoir se prononcer, et laissa flotter son diagnostic entre une fièvre dothiénentérique et une fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. La température oscillait entre 40°4 le soir et 38° et quelques dixièmes le matin; les oscillations thermiques étaient donc considérables, le pouls était rapide et dicrote. Les taches rosées n'apparaissant pas, le catarrhe bronchique si habituel au premier septénaire de la fièvre typhoïde ne se montrant pas, les grandes oscillations thermiques continuant, M. Landouzy opina délibérément pour la fièvre tuberculeuse à forme typhoïde, lorsque deux jours plus tard se produisit une hémiplégie faciale inférieure gauche. Quarante-huit heures après, la malade succombait et, à l'autopsie, on trouva : de lésions dothiénentériques, point; une rate grosse, diffluente; autour de la sylvienne droite, trois granulations tuberculeuses du volume de petites têtes d'épingle; au sommet du poumon droit, quatre granulations tuberculeuses jeunes, grises, transparentes.

Il était donc bien prouvé, par l'autopsie, que le diagnostic clinique était juste : en dépit de son air typhoïde, la malade était bel et bien morte de fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë, qui l'avait tuée par véritable empoisonnement, par véritable toxémie tuberculeuse, comme on meurt dans la fièvre puerpérale, dans la scarlatine ou dans la variole!

D'autres malades se présentent avec un état typhique, du *delirium tremens* et de la fièvre; parfois même, on se demande, tellement le délire est accentué, s'il ne s'agit pas de quelque manifestation d'alcoolisme aigu; la mort survient rapidement, les taches rosées étant souvent le seul symptôme manquant au tableau de la dothiénentérie, et l'on trouve des granulations grises perdues au sommet d'un poumon autour d'un foyer très ancien.

Donc : 1° beaucoup d'états typhoïdes sont fonction de bacille de Koch et non de bacille d'Eberth; 2° les infections prétuberculeuses mettant l'homme en péril par toxémie, par imprégnation de tuberculine, et non par efflorence tuberculeuse, on peut parfaitement concevoir des cas d'infection bacillaire dont les malades sortiraient autrement que par la mort.

En effet, M. Landouzy a vu sortir de son service, guéris, des malades qui avaient, sous ses yeux, évolutionné des états gastriques fébriles et des états typhoïdes sans taches, sans catarrhe, avec des tracés de pouls et de température calqués sur le syndrome de la fièvre typhoïde prétuberculeuse, et tels de ces malades, après leur convalescence, ont été pris

---

Que je regrette de n'avoir pas plus de détails à vous donner sur le fait suivant! D'après un journal anglais, il se promène actuellement à travers certaines provinces russes des troupeaux de bétail de plusieurs milliers de têtes qui présentent au spectateur un singulier spectacle. Bœufs et vaches sont pourvus de lunettes bleues pour les protéger contre l'ophthalmie que provoque chez eux la reverbération de la neige. Un témoin oculaire déclare inoubliable le spectacle de ces milliers de ruminants qui promènent gravement à travers les champs leurs lunettes phénoménales.

Ça, c'est vrai, ce doit être drôle des lunettes bleues sur des nez de bœufs et de vaches! Cela me rappelle ce mot d'un Harpagon qui nourrissait ses chevaux exclusivement avec de la paille :

— Mais, Monsieur, lui dit son cocher, il faudrait cependant leur donner autre chose, à ces pauvres bêtes. — Eh bien, mets-leur des lunettes vertes, ils croiront manger du foin!

***

Tout le monde ne peut pas mettre des lunettes vertes sur le nez de ses chevaux, et tout le monde ne peut pas se mettre à ce régime. C'est pourquoi on a inventé les restaurants. Il paraît que quelques écrivains ont eu à se plaindre de ces établissements, où l'hygiène n'est pas toujours en honneur, car voici ce qu'en dit M. Charles Mérouvel :

« Le patient qui entre dans une de ces boites à surprise qu'on nomme un restaurant à la mode a cent sous sur sa note avant de tirer son chapeau.

de telle affection, en apparence intercurrente et surajoutée, paraissant étroitement liée, par filiation directe, à la première maladie.

C'est ainsi qu'après une fièvre prétuberculeuse ayant tout le cortège symptomatique d'une fièvre typhoïde, à l'exception des taches rosées, un homme que l'on se disposait à envoyer à la campagne est pris d'une pleurésie gauche après une promenade à l'air. A partir de ce moment, cet individu est en proie à une fièvre continue rémittente. La pleurésie devient tellement abondante qu'elle nécessite deux ponctions qui donnent un liquide citrin. L'épanchement ne se reproduit plus, mais le malade garde de la fièvre à type intermittent quotidien, avec forte exacerbation vespérale. Cette pleurésie est venue démontrer la nature tuberculeuse de la première maladie.

Le pronostic de la typho-bacillose doit toujours se faire en deux temps. Il faut se soucier du pronostic *quod futurum*; il faut se souvenir que les bacillisés guéris d'une fièvre muqueuse peuvent s'installer dans l'une quelconque des maladies tuberculeuses.

M. Landouzy a recueilli des observations très démonstratives à cet égard. Il y a deux ans, il traitait un enfant de 7 ans pour un état muqueux déclaré qui, dans ses débuts aussi bien que dans son évolution, se dénonçait comme une fièvre typhoïde.

Les antécédents de famille et de l'enfant étaient bons, le cortège symptomatique rappelait celui d'une dothiénentérie de moyenne intensité, sauf qu'il n'y avait ni catarrhe ni taches rosées, ce qui ne laissait pas d'inquiéter. Au quatrième septénaire, la fièvre tomba, l'enfant entra en convalescence et partit pour la campagne dont il revint bien portant, mais moins vaillant, pourtant, que ne le sont d'ordinaire les enfants qui viennent d'avoir une dothiénentérie. Un beau matin de l'hiver de 1890, l'enfant fut pris de malaise, de céphalalgie, de vomissements, de fièvre, de convulsions, et, quelques jours après, il était emporté par une méningite tuberculeuse.

Il faut se méfier des récidives de dothiénentérie; il est certain que la fièvre éberthienne peut s'attaquer deux fois au même individu, mais c'est un fait rare. En pareille occurrence, la bacillose de Koch ne conférant, elle, aucune immunité, on a le droit de se demander s'il ne s'agit pas, dans l'espèce, soit de deux fièvres prétuberculeuses, soit d'une fièvre éberthienne, précédant ou suivant une infection tuberculeuse dont le malade aurait guéri.

Ils sont le petit nombre, ceux qui guérissent complètement et définitivement de la fièvre bacillaire prétuberculeuse, car des semaines, des mois ou des années plus tard, ces malades font quelqu'une des localisations tuberculeuses.

Cependant il est des cas où les malades restent guéris longtemps (une des observa-

---

« Les sardines y sont aussi chères que si le dernier banc avait été englouti, comme Jonas, dans le ventre d'une baleine; les beefsteacks atteignent des cotes fabuleuses et, quant au vin, il vaut l'eau du Pactole, qui, comme chacun sait, roulait des paillettes d'or pur. C'est depuis qu'il est odieusement frelaté.

« Les taverniers, en revanche, louent des chasses royales; les actions des bouillons Duval rendent 25 p. 100 aux bienfaiteurs de l'humanité affamée qui les ont émises et nos prés-salés, de succulente mémoire, sont remplacés par d'abominables bêtes à laine dont les loups des Carpathes n'ont pas voulu, tandis que les bœufs normands vont apaiser la friande voracité de nos voisins les Anglais. — Progrès, tu n'es qu'un mot. »

Le dernier restaurant à la mode a été créé non loin de feu l'Opéra-Comique. Savez-vous ce qu'on y paie un dîner, très modeste, composé d'un plat de viande, un de poisson, un de légumes, un fruit et une bouteille de vin? pour quatre personnes, 180 francs. Allez-y, si vous voulez ne pas mourir de faim. Quant à moi, qui n'ai pas payé ce festin de Gargantua, je vous assure bien que vous ne m'y verrez jamais.

SIMPLISSIME.

tions de M. Landouzy date de douze ans), et ces faits apprennent que la tuberculose peut guérir dans toutes ses modalités, dans sa modalité aiguë comme dans sa modalité chronique et subaiguë.

Il faut retenir de tout cela :

1° Que l'on se trouve assez communément aux prises avec des états graves simulant, à s'y méprendre, les embarras gastriques fébriles, les typhoïdettes ou la dothiénentérie;

2° Que la nosographie doit apprendre de la clinique à distinguer ces fausses dothiénentéries de la fièvre typhoïde éberthienne;

3° Que la nosographie doit, au chapitre de la bacillo-tuberculose, ouvrir un cadre où viendra se ranger l'infection bacillaire prégranulique à forme typhoïde;

4° Que cette fièvre infectieuse prétuberculeuse ou typho-bacillose, en dépit de si complètes ressemblances avec les états dothiénentériques, peut en être dissociée, et cela au grand profit de la prognose et de la thérapeutique;

5° Que les éléments du diagnostic différentiel doivent être cherchés dans la constatation de certaines nuances symptomatologiques, qui sont : absence des taches rosées lenticulaires, absence de catarrhe, oscillations thermiques, élévation et dissociation du pouls.

a) Les oscillations thermiques sont plus considérables que dans la fièvre typhoïde; elles sont assez considérables, assez irrégulières d'un jour à l'autre, ou d'une semaine à l'autre, pour que l'on puisse, d'emblée, ne songer à autre chose qu'à une dothiénentérie;

b) La dissociation du pouls et de la température est un fait presque normal; le pouls est, à égalité de température, plus élevé dans la typho-bacillose que dans la fièvre typhoïde; il reste, dans son élévation, sans parallélisme avec la température;

c) LES TACHES ROSÉES LENTICULAIRES MANQUENT, leur absence est tellement la règle que, de parti pris, on doit tenir pour suspecte de bacillose toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème;

d) Pas ou à peine de catarrhe (qui est constant, avec des sièges et des degrés divers, dans la dothiénentérie) pharyngé, laryngé, trachéal, bronchique ou intestinal;

e) Dans le même ordre d'idées, l'apparition de l'albumine dans les urines, même à un faible taux, est exceptionnelle;

f) L'administration de la quinine, même à haute dose, n'influence pas la température, tandis qu'une fièvre typhoïde *tâtée* par le sulfate de quinine, si elle répond au médicament par un abaissement thermique, doit être considérée non seulement comme une dothiénentérie, mais encore comme une dothiénentérie de pronostic favorable;

g) Si la quinine *ne mord pas* sur les fièvres bacillaires prétuberculeuses, il en est tout autrement de l'antipyrine; aussi l'on trouve, dans l'emploi de ce médicament, non seulement un agent thérapeutique, mais encore un élément de diagnostic.

BIBLIOTHÈQUE

LES MICROBES DE LA BOUCHE, par le docteur Th. DAVID. — Paris, Alcan, 1891.

Dans ce livre, l'auteur montre le rôle que jouent les microbes non seulement dans les affections isolées des dents et de la bouche, mais dans toutes les maladies dues à des microbes qui séjournent dans la cavité buccale avant de s'introduire dans l'économie et d'y causer les affections pharyngées, laryngées, pulmonaires et même stomacales.

Le devoir du médecin et du dentiste est donc de détruire et de poursuivre sans relâche, minutieusement, ses ennemis, à l'aide de solutions antiseptiques, dans les interstices dentaires, les replis de la muqueuse buccale, les cryptes des amygdales, en instituant une hygiène, une thérapeutique appropriées à chaque cas.

Le livre de M. David est précédé d'une lettre-préface de M. Pasteur, auquel est dédié l'ouvrage, et est orné de 113 gravures. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mai 1891. — Présidence de M. Leudet.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine : Les *Mémoires et Bulletins de la Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, année 1890, fasc. 1 et 2; — le numéro d'avril de la *Revue internationale d'électrothérapie* du docteur Georges Gautier; — le *Journal médical de Bourbonne-les-Bains;* — une lettre du docteur Keller, de Rheinfelden (Suisse), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant. Cette lettre est accompagnée de plusieurs brochures ; les *Bains salins de Rheinfelden*, etc.

— M. Polaillon donne lecture des communications suivantes :

I. — *Ablation de l'utérus pour un prolapsus complet.*

L'opérée, dont j'ai communiqué l'observation d'hystérectomie vaginale dans la séance du 18 avril dernier, est actuellement guérie. Mais j'ai dû compléter l'opération par une périnéorrhaphie. Vous vous souvenez, en effet, que j'avais enlevé l'utérus par la voie vaginale pour remédier à un prolapsus complet. Après l'ablation de l'utérus, l'orifice vulvaire restait tellement élargi que les parois vaginales faisaient encore hernie. J'ai donc pratiqué une large périnéorrhaphie, et, actuellement, la malade est complètement guérie.

II. — *Gros enchondrome mixte de la parotide. — Ablation. — Guérison.*

Je mets sous les yeux de la Société une photographie représentant un gros enchondrome de la parotide droite chez un homme de 64 ans. Cette tumeur existait depuis trente années. Elle avait grossi lentement et progressivement jusqu'à atteindre le volume des deux poings. Elle mesurait 17 centimètres dans son diamètre vertical et 14 centimètres dans son diamètre transversal.

Non seulement elle gênait le malade par son volume, mais encore elle avait pris, au niveau de l'oreille, les caractères d'une tumeur maligne : la peau était adhérente, très vasculaire, enflammée.

L'ablation de cette tumeur fut assez délicate. Elle avait son pédicule dans la parotide elle-même, et il fallut enlever cette glande presque totalement.

Au bout d'un mois, l'opéré sortait guéri. Il conservait une paralysie du nerf facial, car l'ablation de la parotide nécessite fatalement la section de ce tronc nerveux. Mais, au prix de cette paralysie, il avait été débarrassé complètement d'une tumeur que l'examen histologique nous a montré être un *enchondrome mixte* avec des points ramollis où la transformation en tumeur maligne était manifeste.

III. — *Sur un fait d'hermaphrodisme faux.*

J'ai communiqué dernièrement, à l'Académie de médecine et à la Société de gynécologie, une observation d'*hermaphrodisme faux* avec les pièces anatomiques. Plusieurs d'entre vous ont déjà pu lire cette observation. Je ne veux donc pas la répéter ici, mais seulement appeler votre attention sur ses points principaux.

La personne en question présentait tous les attributs extérieurs de la femme, mais elle n'avait point de vagin, point d'utérus, et elle n'avait jamais été réglée. Elle portait au niveau du canal inguinal, de chaque côté, une petite tumeur grosse comme une noix verte, contenant un corps ovoïde, réductible en partie. Je considérai ces corps comme représentant des ovaires, ou peut-être des testicules.

Malgré l'absence du vagin, cette personne eut des rapports sexuels très fréquents. Et il arriva que ses amants, en s'évertuant à trouver ce qui n'existait pas, creusèrent entre la vessie et le rectum une cavité de plus en plus profonde. En effet, j'eus l'occasion de suivre cette femme pendant quatre ans. Lorsque je la vis pour la première fois, elle avait

à la place du vagin une petite dépression dans laquelle on pouvait pousser l'index à une profondeur d'à peine 2 centimètres. Au bout d'un an, cette dépression mesurait 5 à 6 centimètres. Un an plus tard, elle avait 7 à 8 centimètres. Enfin, au bout de quatre ans, lorsque cette femme a été admise dans mon service pour une albuminurie grave, la cavité vaginale admettait un spéculum de Cusco, elle mesurait toute la longueur de l'index, et elle était devenue un vagin tout à fait habitable. Ainsi, les rapprochements sexuels avaient décollé peu à peu la vessie du rectum, avaient refoulé la peau de la vulve en cul-de-sac et formé un vagin artificiel, mieux qu'on n'aurait pu le faire par un procédé chirurgical sanglant. Il y a donc là un enseignement qui prouve que, pour créer un vagin dans ces conditions, il faut procéder par refoulement avec un mandrin mousse, sans faire d'incision.

Cette femme ayant succombé aux progrès de son albuminurie, j'ai fait son autopsie avec soin. Je fais passer sous vos yeux des dessins qui montrent les principaux détails de cette autopsie. Point d'utérus, point d'ovaires. Les corps inguinaux étaient des testicules arrêtés à l'anneau, testicules sclérosés avec épididyme et canal déférent allant se réunir en arrière de la vessie à un petit épaississement de fibres musculaires. La vulve, parfaitement normale, était pourvue de chaque côté d'une glande vulvo-vaginale et de son conduit. Le col de la vessie présentait un épaississement analogue à une prostate. Enfin, il y avait une particularité qui pourra intéresser mon ami M. Duroziez, c'est que le cœur, quoique normal, présentait une aorte très étroite. La crosse de l'aorte admettait seulement le petit doigt.

Ainsi cette personne qui avait été considérée comme une femme, et qui jouait, dans la vie, le rôle d'une femme, était, en réalité, un homme, puisqu'elle portait des testicules.

M. Reliquet : J'ai connu, dans ma clientèle, plusieurs femmes qui n'ont jamais été réglées et qui n'ont pas eu d'enfants. Il est probable que, chez elles, il y a absence de l'utérus, en tous cas des ovaires. Je me rappelle aussi avoir observé chez ces femmes des hernies, et après ce que vient de nous dire M. Polaillon, je me demande si s'étaient de véritables hernies, ou s'il n'y avait pas des anomalies comme dans l'observation que vous venez d'entendre.

M. Duroziez : J'ai compris que M. Reliquet attribue l'absence des règles à l'absence de l'utérus. Or, les règles peuvent manquer sans qu'il y ait absence probable de l'utérus. Dans le rétrécissement mitral pur, la menstruation est tardive, n'apparaît qu'à 18, 20, 24 ans, et quelquefois n'apparaît pas. La menstruation est rare, irrégulière. Les femmes sont stériles ou font des fausses couches. Les enfants meurent de bonne heure. Il y a une malformation qui va plus loin qu'au cœur.

Nous sommes étonné que, sur les feuilles d'accouchement, on ne note pas la date de l'établissement de la menstruation. Cette date est importante dans le pronostic de la santé.

M. Polaillon, dans le fait extraordinaire d'hermaphrodisme qu'il nous rapporte, indique des hernies inguinales. Nous retrouvons ces hernies dans nos malformations thoraciques et cardiaques qui sont du rachitisme. L'abdomen est mal formé comme le thorax. Il y a hernie thoracique et hernie abdominale. Il y a parfois hernie crânienne.

Je lui demande s'il a noté l'état du bassin.

M. Polaillon répond qu'il l'a noté, et, de plus, qu'on a constaté à l'autopsie l'étroitesse de l'aorte. Il y a là une sorte de malformation. Le cœur ne présentait rien de particulier.

Les accoucheurs mesurent tous les bassins, *intus et extrà*, sachant qu'ils peuvent en rencontrer de rétrécis là où ils n'en supposaient pas. Il y a des bassins rétrécis comme des thorax rétrécis, des bassins difformes comme des thorax difformes, et ceux-ci ne sont pas rares.

— M. Duroziez fait une lecture intitulée : *Cœur et thorax*. (Sera publiée.)

M. Dubuc : M. Duroziez voit-il entre la maladie du cœur et la déformation du thorax une relation de cause à effet ou une simple parallélisme?

M. Duroziez : Il y a peut-être un rapport de causalité. La malformation s'adresse aussi bien au thorax et au rachis qu'aux vaisseaux; il est difficile de dire si l'une est sous la dépendance de l'autre, ou si elles surviennent simultanément, sous l'influence d'une cause générale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Thèses présentées et soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de février, mars, avril 1891.

Clair (Victor-Franck) : Contribution à l'étude des lésions de l'oreille chez les aliénés (13 février). — Thevenet (Philémon) : Sur la nature du lupus ulcéreux (13 mars). — Méhier (Joseph-Gabriel) : Contribution à l'étude des perforations et des ruptures spontanées de l'estomac (21 mars). — Blanc (Marius) : Du déplacement de la matité dans les épanchements pleurétiques (11 avril). — Marin (Jules) : De la cure des hernies étranglées par l'entérotomie suivie de l'entérorrhaphie longitudinale (11 avril). — Pignal (Joseph) : De la transformation de l'ulcère simple de l'estomac en cancer (25 avril). — Fayard (Joseph) : Des indications opératoires du cancer du rectum (étude critique de la méthode de Kraske) (25 avril).

De quelques nouvelles médications.

Nouveau procédé hydrothérapique pour le traitement des maladies de l'estomac, par le docteur Winternitz (*Revue de thér.*, 1891, 11).

L'auteur préconise l'emploi des compresses humides froides dans le traitement des maladies stomacales. C'est une pièce de linge trempée dans l'eau froide, tordue ensuite, que l'on applique sur le ventre, en ayant soin de la couvrir d'une étoffe imperméable. La sensation du froid du début ne tarde pas à être remplacée par une sensation de chaleur due à la réaction. L'application de la compresse détermine une stimulation des fonctions sécrétoires, digestives et motrices de l'estomac. Il arrive cependant que, chez des malades anémiques et épuisés, la réaction ne se produit pas. Il suffit alors d'appliquer sur la compresse un tube en caoutchouc roulé en boudin, dans lequel on fait circuler de l'eau chaude à 40°. La chaleur se transmet à travers la compresse, le malade n'a plus froid et la réaction se produit. Ce moyen est indiqué dans les dyspepsies, les gastralgies nerveuses, les affections organiques de l'estomac, les ulcères, les catarrhes, les dilatations. Le cataplasme chaud ne donne pas les mêmes résultats, parce qu'il produit une hypérémie passive. — P. N.

FORMULAIRE

Pastilles contre la fétidité de l'haleine.

Café torréfié pulv.	75 grammes.
Charbon pulv.	25 —
Acide borique pulv.	25 —
Saccharine	0 gr. 65 centigr.
Teinture de vanille et mucilage de gomme	q. s.

F. s. a. des pastilles de 70 centigrammes chaque, recommandées aux personnes qui ont l'haleine fétide. — N. G.

COURRIER

La Commission du Sénat, chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la médecine, a nommé : président, M. le professeur Cornil, et secrétaire, M. Coste.

Elle a décidé de consulter les Conseils généraux sur la question de savoir s'ils étaient partisans ou non de la suppression de l'officiat de santé.

L'Exposition du travail. — L'Exposition du travail, dont l'inauguration aura lieu le 23 juillet prochain, au Palais de l'Industrie, à Paris, sera l'une des plus intéressantes expositions industrielles et scientifiques de notre époque.

Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre lui ont valu le patronage officiel de MM. les ministres du commerce, de l'instruction publique, des travaux publics. Nombre de membres du Parlement, de notabilités scientifiques ou industrielles, de Chambres syndicales de Paris et de la province, ont voulu donner l'appui de leur nom ou de leur participation à cette grande manifestation.

Toutes les sections y auront leur physionomie spéciale et des attractions du plus haut intérêt attireront en foule les visiteurs. La branche de l'hygiène, si sacrifiée dans toutes les expositions, y sera l'objet de dispositions particulières absolument nouvelles, et la haute compétence de l'organisateur de cette section, M. Louis Bourne, en assure le succès.

Une commission spéciale pour ce groupe de l'hygiène a été constituée et nous y relevons les noms si autorisés de MM. Berthelot, ancien ministre de l'instruction publique, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; Pasteur, Faye, de Quatrefages, Chauveau, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine; le docteur Ed. Bourgoin, pharmacien en chef des hôpitaux; L. Portes; Suilliot, membre de la Chambre de commerce; Expert-Bezançon, président de la Chambre syndicale des produits chimiques; Desnoix, président de la Société de pharmacie; Adrian; de Bonnard; le docteur E. Monin, etc.

Toutes les demandes doivent être adressées, avant le 10 juillet, au délégué de la commission, M. Louis Bourne, 2, rue de Provence, à Paris.

— L'Académie de médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées : 1° le legs que lui a fait le sieur Théodore Guinchard, par son testament, en date du 24 septembre 1889, et consistant en la nue propriété de divers immeubles et valeurs mobilières indiquées dans ledit testament; 2° la libéralité résultant de la disposition testamentaire par laquelle le sieur Guinchard a prescrit que, si le revenu des biens et valeurs légués ne suffisait pas pour constituer une rente annuelle de 2,000 francs, destinée à fonder un prix biennal de 4,000 francs, il sera pris sur la succession, après le décès de l'usufruitière, la somme nécessaire pour parfaire ladite rente. Le produit de cette libéralité sera placé en rente à 3 p. 100 sur l'Etat français, dont les arrérages serviront à la fondation d'un prix bisanuel de 4,000 francs, qui sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : « Maladie du croup et des angines croupales », et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.

— M. le professeur Tissier (de Lyon) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg.

Cure de l'obésité sous la direction du docteur Schindler Barnay, conseiller impérial et anc. médecin en chef de l'hôpital « Prince imp. Rodolph » à *Marienbad* (Bohême) Autriche.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement** son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — Conférences de pathologie interne.

La paralysie spinale spasmodique infantile.

Par M. le docteur Pierre Marie, professeur agrégé.

Messieurs,

La paralysie spinale spasmodique infantile est une affection connue depuis longtemps.

Dès 1828, Delpech publia l'observation d'une fillette microcéphale chez laquelle il avait constaté une raideur généralisée qu'il attribua à un vice de développement du cerveau. Vint ensuite Heine qui, en 1840, décrivit quelques cas sous le nom de *Paraplegia spastica cerebralis*. Mais les travaux les plus remarquables sont ceux de Little qui, de 1846 à 1870, publia une série de mémoires dans lesquels il étudiait le *Congenital spastic rigidity of limbs*. Après lui, nous avons à citer Adams (1866), Strohmeyer (1864), Rusch (1866). En 1875, Charcot et Erb décrivirent les manifestations spasmodiques des membres chez les adultes sous le nom : l'un de tabès dorsal spasmodique, l'autre de paralysie dorsale spasmodique. Malheureusement ils trouvèrent dans leurs autopsies des lésions différentes, ce qui fit qu'il resta des doutes sur l'existence réelle de la maladie. Enfin, dans ces derniers temps, les recherches de Rupprecht, de Feer, montrèrent que la maladie était toujours congénitale, comme l'avait dit Little, et qu'elle méritait de prendre place dans la nosologie.

I. — Relativement à la *fréquence* de la paralysie spinale spasmodique, Nœef compte 1 de ces malades sur 1,000 enfants hospitalisés. Feer, dans un travail, a ressemblé 179 cas publiés par différents auteurs; 78 fois il y avait complication d'idiotie. Cette complication est, du reste, très fréquente, et c'est intentionnellement qu'il n'en a pas rassemblé un plus grand nombre de cas. La maladie serait un peu plus fréquente chez les garçons que chez les filles, du moins pour les formes compliquées de troubles mentaux, ce qui tiendrait à ce que la naissance des premiers est plus souvent pénible que celle des secondes.

En tête des causes se place la *naissance avant terme*. C'est le cas pour les enfants qui présentent la maladie à l'état pur sans complication de troubles intellectuels; plus de la moitié de ces malades sont nés entre la vingt-huitième et la trente-deuxième semaine. Et, à ce propos, permettez-moi de vous citer un passage de Shakespeare, qui prouve que la maladie existait déjà

de son temps. Gloster qui, d'après Thomas Morus, était né par les pieds et après un accouchement très pénible, dit dans le *Richard III* du grand tragique Anglais : « Moi qui manque de belles proportions, à qui l'avare nature n'a pas donné tous mes traits, difforme, mal défini, jeté avant le temps et à peine ébauché dans le monde où l'on respire, moi si boiteux et si mal tourné que les chiens aboient quand je m'arrête près d'eux. »

Les *accouchements difficiles* ont aussi un rôle étiologique important, surtout pour les cas compliqués; la durée longue du travail, l'emploi des instruments, l'état asphyxique de l'enfant à sa naissance, sont alors les causes des accidents.

La *naissance gémellaire* peut être, jusqu'à un certain point, rapprochée de la naissance avant terme, le développement des jumeaux étant souvent incomplet.

La maladie n'est pas héréditaire; cependant Schultze, Feer, ont pu en observer plusieurs cas chez des frères et sœurs. Enfin on a encore incriminé la syphilis des parents ou leur consanguinité, du reste sans grandes preuves.

III. — Le *début* de la maladie est congénital. Cependant les médecins ne constatent généralement son existence que lorsque l'enfant a atteint l'âge de 2 à 3 ans; c'est à ce moment, en effet, que les parents s'étonnent de ne pas voir le bébé marcher. Ils racontent aussi que, lorsqu'on l'habillait ou le lavait, il avait l'habitude de tenir ses jambes pressées l'une contre l'autre.

La *démarche* des sujets atteints de paralysie spasmodique est absolument caractéristique. La partie supérieure du corps est raide et un peu nclinée en avant; elle se balance pendant la progression à mesure que le malade tombe sur une jambe. Les membres supérieurs sont appliqués le long du corps comme les ailerons d'une volaille. Les membres inférieurs en rotation en dedans sont raidis en légère flexion à la hanche et au genou, les pieds sont en équinisme. Parfois la rigidité occupe tous les muscles de la ceinture iliaque et ceux du membre inférieur; parfois seuls les adducteurs sont pris, ainsi que les jumeaux. La marche se fait spasmodiquement, en traînant la pointe du pied et avec mouvement de demi-cercle; elle se précipite rapidement par suite de la contraction réflexe des jumeaux dès que le pied touche le sol; les genoux frottent l'un contre l'autre et les jambes se croisent facilement.

Dans le tout jeune âge, les enfants se traînent sur le sol; plus tard, ils s'appuient sur les chaises, les tables, les murs.

Un certain nombre de malades ne parviennent jamais à s'asseoir; il y a cyphose considérable du rachis et les jambes restent étendues en avant. Ceux qui sont moins atteints éprouvent toujours beaucoup plus de difficulté à s'asseoir par terre que sur une chaise, en raison de la raideur des muscles de la hanche.

Dans les cas légers, les *extrémités supérieures* ne sont pas atteintes; d'autres fois il y a seulement de la maladresse; en fait, elles sont toujours moins frappées que les membres inférieurs. Dans les cas purs, elles n'étaient prises que chez 22 p. 100 des malades; la proportion s'élevait à 85 p. 100 dans les cas compliqués. Les bras sont appliqués contre le tronc; l'avant-bras est fléchi, les mains en pronation, fléchies sur le bord palmaire ou cubital. La respiration est très difficile. Les doigts demeurent souvent en extension, parfois en hyperextension, leurs mouvements sont raides et lents et ont souvent une grande ressemblance avec ceux de l'athétose;

mais ils ne se montrent que sous l'influence de la volonté. Dans certains cas, les bras, raides les premières années, perdent ensuite cette raideur.

Le plus souvent les muscles du ventre et du tronc sont atteints aussi, mais à un degré modéré.

Les muscles du cou sont assez fréquemment atteints, la tête est alors étendue en arrière ; il peut y avoir un torticolis spasmodique latéral. Dans des cas rares, il y a une rigidité des muscles de la déglutition; alors les malades avalent de travers et ont de la difficulté pour prendre les aliments solides. On peut aussi observer du laryngisme.

Lorsque les mouvements des muscles de la face se font difficilement, la *mimique* devient lente et les malades ont une apparence stupide. Un cas de rire sardonique a été observé par Little.

Les muscles de la parole sont atteints comme les autres. Aussi les enfants apprennent-ils fort tard à parler; 14 p. 100 des cas purs ont une parole lente, saccadée, traînante.

De la rapidité des muscles des yeux résulte l'impossibilité pour l'œil de suivre complètement les mouvements du doigt. Le strabisme se voit dans plus de 30 p. 100 des cas purs; il est surtout convergent. Ce strabisme, d'après les recherches de Feer, tiendrait bien plus directement à la rigidité musculaire générale qu'à l'hypermétropie invoquée par quelques auteurs. Ziehl, au contraire, aurait, dans ces cas, trouvé des troubles du côté de la réfraction très suffisants pour expliquer le strabisme sans l'intervention d'aucune lésion cérébrale.

J'appelle votre attention sur ce fait que, pendant le repos et le sommeil, la *musculature générale* est à l'état de relâchement. Mais le moindre mouvement, ou même un bruit, une excitation quelconque amènent l'état de rigidité, surtout pour les muscles fémoraux, les adducteurs et les fléchisseurs de la cuisse.

Au membre supérieur, la contracture prédomine aux fléchisseurs des avant-bras et des mains, aux pronateurs, aux extenseurs des doigts, aux adducteurs du bras. Les bras sont toujours moins atteints que les extrémités inférieures; malgré cela, leurs mouvements sont lents, ont un aspect raide, forcé.

Quant au volume des masses musculaires, il est en général anormal, et il en est de même de la force qui n'est pas diminuée, quand il n'y a pas atrophie. Les enfants peuvent faire, sans fatigue, d'assez longues courses, bien que leur déambulation soit des plus difficiles. Il n'y a pas de paralysie vraie; mais, selon l'expression de Strumpell, de la pseudo-paralysie, de la pseudo-parésie.

Dans quelques cas, on observe des rétractions musculaires à la suite de la persistance d'attitudes vicieuses. On les distingue facilement des contractures, car elles persistent dans le sommeil chloroformique et après l'application de la bande d'Esmarch.

Du côté du *système osseux*, on a noté la déformation du crâne qui manque souvent dans les cas purs, mais est plus au moins prononcée et variable dans les cas compliqués.

Les pieds sont en varus-équin, camards. Feer a montré qu'après des tentatives de redressement soit progressif, soit par la ténotomie, la déformation pouvait devenir celle du pied plat.

Les *convulsions* sont très souvent notées, aussi bien dans les cas purs que dans les cas compliqués. Tantôt elles ne se montrent qu'une fois, tantôt on

les constate à plusieurs reprises. Feer prétend que ce ne seraient pas des convulsions épileptiqnes, et que, ordinairement, elles ne s'accompagnent pas de perte de connaissance. Pour moi, je suis, d'après les observations que j'ai pu faire, d'un avis tout opposé.

Les *réflexes tendineux* sont toujours exagérés. Le phénomène du genou est naturellement très marqué, et il en est de même des réflexes du même genre que l'on peut observer au membre supérieur; c'est ainsi que, quand on frappe sur les tendons fléchisseurs des doigts, il y a une secousse très marquée. Les réflexes tendineux pourraient manquer quelquefois, notamment chez les idiots; pour moi, il y a alors une erreur de diagnostic.

Les réflexes cutanés ont été trouvés normaux, abolis ou exagérés.

La *sensibilité* reste intacte. La vessie et le rectum fonctionnent normalement, bien que l'on constate quelquefois un peu de spasme des sphincters.

Assez fréquemment il existe des *troubles vaso-moteurs* des extrémités, les pieds sont alors froids, livides, érythémateux. Il n'y a pas de troubles trophiques.

L'*excitabilité électrique* est normale, dans tous les cas, au point de vue qualitatif; elle est parfois exagérée au point de vue quantitatif. C'est ainsi que la faradisation peut provoquer une excitation tétaniforme.

Les *troubles intellectuels* accentués ne font pas partie de la maladie, ne rentrent pas dans sa caractéristique; la paraplégie spasmodique peut être extrême et l'intelligence rester normale. Cependant, même dans les cas purs, le caractère est souvent irritable, violent, impulsif; les malades sont pleurards, peureux, égoïstes, originaux.

La *croissance* peut être tout à fait normale et la *reproduction* donne des enfants sains.

La marche de la maladie est extrêmement lente. Elle ne s'aggrave pas; souvent même, vers l'âge de 3, 5, 10, 15 ans, elle s'améliore plus ou moins complètement.

III. — La pathogénie et l'anatomie pathologique de la paralysie spasmodique ont été très discutées.

Dans l'idée de Little, il s'agissait d'hémorrhagies capillaires dans le cerveau et la moelle, causées par un accouchement difficile et par l'asphyxie à ce moment.

Erb, peu de temps après les recherches de Flechsig, exprimait l'opinion qu'il pourrait survenir des vices de développement des différents faisceaux de la moelle, et particulièrement des faisceaux pyramidaux.

Ross pense qu'il y a plusieurs modalités. A la suite des accouchements difficiles, il peut se produire :

A. Des traumatismes du rachis donnant naissance à des hémorrhagies ou à une méningite de la moelle qui se trouvent intéresser les cordons latéraux;

B. Un traumatisme portant directement sur les fibres du faisceau pyramidal non encore revêtues de myéline.

Lorsque l'accouchement n'a pas été laborieux, il s'agit :

C. D'un développement incomplet des faisceaux pyramidaux;

D. D'une hémiplégie double causée par une porencéphalie bilatérale des centres moteurs corticaux ayant amené un défaut de développement des mêmes faisceaux.

Soltmann admet l'arrêt de développement des centres psycho-moteurs et l'agénésie des faisceaux pyramidaux.

Malheureusement, s'il y a eu de nombreuses autopsies d'idiots avec rigidité spasmodique qui ont montré des lésions variées, il n'y a pas eu encore d'autopsie d'un cas pur, sans troubles intellectuels.

Je dois vous résumer les opinions de Feer sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la maladie.

Il faut, d'après lui, distinguer plusieurs classes :

A. Dans la plupart des cas compliqués, il s'agit d'un arrêt de développement du cerveau, souvent à la suite d'un processus d'inflammation survenu pendant la vie fœtale et intéressant les centres moteurs corticaux. Il s'ensuit que le faisceau pyramidal ne se développe qu'incomplètement.

B. Dans d'autres cas, l'accouchement a été laborieux, l'écorce cérébrale a été lésée par des extravasations sanguines, de l'encéphalite d'origine anémique, peut-être aussi seulement par le trouble de nutrition qu'a subi le cerveau à ce moment, et alors, dans les cas les plus légers, c'est l'appareil le moins développé et, par conséquent, le plus susceptible (faisceau pyramidal et zone motrice) qui est seul lésé ; on est alors en présence d'un cas pur. Ou bien alors, si l'action nocive a été plus active et plus prolongée, les autres parties du cerveau peuvent être atteintes ; c'est alors un cas compliqué ;

C. Dans les naissances avant terme, l'arrêt de développement des régions motrices et du faisceau pyramidal est causé par l'insuffisance de la circulation sanguine dans le cerveau (asphyxie), parfois aussi par des hémorrhagies capillaires ou de l'encéphalite anémique. C'est dans cette variété que l'arrêt de développement se montre dans sa forme la plus pure (hypoplasie des faisceaux cortico médullaires). Il est probable qu'il se surajoute une légère sclérose. De même que, dans *A* et *B*, il n'y a pas de véritable affection en foyer. L'intelligence reste, dans la plupart des cas, intacte. Quand elle est altérée, c'est que les hémisphères ont été lésés d'une façon plus diffuse par la naissance avant terme, ou que l'atrophie et la sclérose des parties motrices a exercé une influence fâcheuse sur les régions voisines.

En somme, on peut admettre avec Feer que tous les cas de rigidité spasmodique congénitale sont d'origine cérébrale et nullement d'origine spinale. Cependant, Schultze pense que, chez les malades qui ne présentent ni troubles intellectuels, ni troubles de la parole, ni loucherie, il existe une lésion spinale pure et simple, et seulement dans les cas plus compliqués, une lésion cérébro spinale.

IV. — Le *diagnostic* de la maladie est généralement assez facile. La *paralysie spinale atrophique infantile* s'accompagne d'une atrophie du membre et les réflexes manquent. Une *myélite transverse* peut entraîner la paraplégie spasmodique, mais les membres supérieurs seront indemnes ; il en sera de même dans le *mal de Pott,* qui aura, en outre, les déformations, les abcès par congestion, etc. Dans la *maladie de Thomsen,* les quatre membres sont pris ; c'est une affection purement musculaire, avec lésion des muscles, caractérisée par de la raideur dans les mouvements volontaires ; les réflexes sont normaux. Le *tétanos des nouveau-nés* commence par la face et a une évolution rapidement mortelle. L'*hémiplégie spasmodique infantile* est, comme l'avait vu Heer et comme l'admet Feer, très voisine de la rigidité spasmodique congénitale. Feer examine même si, comme le veulent certains auteurs américains, la rigidité spasmodique ne serait pas tout simplement une hémiplégie double ; il rejette cette idée, parce que, dans l'hémi-

plégie, les membres supérieurs sont plus atteints que les inférieurs, et qu'il y a épilepsie, athétose et atrophie des membres.

Le *pronostic* n'est pas trop sombre, car on peut espérer, dans les cas légers ou moyens, qu'une amélioration assez notable surviendra vers l'âge de 3 à 10 ans; il subsiste toujours de la raideur qui est cependant parfois assez minime pour permettre la danse.

La *thérapeutique* a pour principaux agents : le massage régulier, sans violence, avec large emploi des mouvements passifs; — les bains chauds, qui sont assez utiles; — la galvanisation de la moelle. Il faut se méfier de la faradisation, bien qu'elle soit recommandée par d'Espine et Picot.

REVUE DES CLINIQUES

L'uréthrite chronique est-elle contagieuse? par M. le docteur Bazy (1). — Les écoulements en apparence inoffensifs, les gouttes intermittentes peuvent être le point de départ d'accidents sérieux chez les femmes qui sont infectées par ces petites gouttes négligeables en apparence.

La plupart, comme toutes les uréthrites, sont d'origine infectieuse et cette infection est déterminée par le gonocoque, le bacille de Koch, le streptocoque et le staphylocoque, ou pour parler un autre langage, en dehors de la tuberculose, les causes les plus fréquentes, sinon les seules, de la métrite muqueuse, sont la blennorrhagie, ou un avortement et l'accouchement. Lorsque l'on se trouve en présence d'une métrite non consécutive à un accouchement on doit chercher le gonocoque; si on ne le trouve pas, on trouve la blennorrhagie antécédente. On ne peut mettre la métrite sur le compte d'une diathèse quelconque; la vraie cause est l'infection.

M. Bazy rapporte plusieurs observations de jeunes mariées contagionnées par leurs maris qui n'étaient porteurs que d'une petite goutte intermittente et matutinale à laquelle ils n'attachaient aucune importance.

Le suintement matutinal ne contagionne pas toutes les femmes et ne les contagionn pas toutes de la même façon.

Il est certain qu'une femme atteinte de blennorrhagie, surtout de blennorrhagie latente, ne communique pas son mal à tous les hommes avec lesquels elle a des rapports; et tel homme qui, dans certaines conditions, sera contagionné, ne le sera pas dans d'autres. Inversement, un certain nombre de femmes peuvent être toujours indemnes malgré la maladie du mari.

Beaucoup de blennorrhagies chez les femmes peuvent passer inaperçues, soit qu'elles soient légères et cèdent presque à des soins de propreté, soit qu'elles soient méconnues et que les pertes auxquelles elles donnent lieu soient attribuées à l'anémie ou à telle autre cause banale et non prouvée.

Quand la blennorrhagie s'étend à l'utérus et aux trompes, elle donne lieu à des phénomènes douloureux et elle est alors reconnue. Ce n'est souvent que dans ces conditions que l'on diagnostiquera la maladie; et un grand nombre de femmes échappent aux complications du côté de l'utérus et des trompes.

D'autres blennorrhagies féminines sont méconnues, ou plutôt étaient autrefois méconnues, parce qu'on ne soupçonnait pas la relation qui pouvait exister entre certaines altérations des annexes et les lésions vaginales ou utérines; du moins on n'y voyait qu'une relation indirecte, banale, purement inflammatoire et, dans bien des cas, on ignorait même la lésion primordiale.

Lorsqu'une goutte matutinale, en apparence indifférente, donne une vraie blennorrhagie, c'est que le micro-organisme qui ne trouvait dans l'urèthre masculin qu'un terrain de culture peu favorable se revivifie en passant dans un vagin ou un utérus

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

jusque-là indemne; il va retrouver là une virulence nouvelle et, par un juste retour des choses d'ici-bas, il pourra à son tour infecter l'urèthre masculin, ou plutôt, ayant acquis une virulence plus grande, il pourra végéter, repulluler à nouveau sur ce terrain, dans un milieu où ses ancêtres vieillis ne trouvaient plus à se développer. C'est ainsi qu'on peut expliquer comment un jeune marié croit avoir reçu un écoulement de sa femme, alors qu'il n'a fait que raviver le sien.

L'uréthrite chronique, peut-être même sous forme d'uréthrite postérieure seule, peut être contagieuse. Il faut donc la traiter.

Cependant M. Bazy croit pouvoir dire, sans toutefois l'affirmer, qu'une uréthrite chronique convenablement traitée, qui malgré cela donne encore des filaments dans l'urine, est devenue indifférente. Il a eu des malades de l'urèthre desquels on ne pouvait pas faire disparaître les filaments qui en altèrent les premières gouttes rester complètement guéris.

Mais, dans ce cas, on peut constater que la première partie de l'urine n'est pas trouble; elle contient seulement, en suspension, des filaments très ténus, courts, légers, contrairement aux longs filaments et au trouble de l'urine de l'uréthrite postérieure. Dans ces conditions, ces sujets ne paraissent plus aptes à donner la blennorrhagie.

Ces faits paraissent confirmés par les recherches bactériologiques. Il est impossible de trouver, dans les débris épithéliaux entourés par le mucus et dans le premier jet d'urine, les agents pathogènes de la blennorrhagie et bien souvent même d'y retrouver un micro-organisme infectieux; il est de même impossible de les cultiver. Il y a simplement alors une sécrétion glandulaire, une fonte épithéliale exagérée qui continue après que la cause qui l'a provoquée a elle-même disparu.

Le meilleur traitement est celui par le nitrate d'argent et, après son emploi, les malades cessent d'être contagieux.

De la conduite à tenir dans les cas de plaie de l'abdomen par coups de couteau, par le docteur Ricard. — Les chirurgiens se divisent en trois camps. Les uns, confiants dans l'innocuité de l'acte chirurgical, inquiets des dégâts qu'a pu occasionner la plaie abdominale, posent en principe qu'en présence d'une plaie de l'abdomen par coup de couteau, on doit partout et toujours pratiquer la laparotomie pour constater *de visu* l'état des viscères abdominaux.

En opposition avec ces interventionnistes se placent d'autres chirurgiens qui, mettant en balance les dangers d'une laparotomie, fût-elle simplement exploratrice, et l'innocuité constatée d'un certain nombre de plaies abdominales, préfèrent s'abstenir et rejettent d'emblée toute intervention.

Les abstentionnistes légitiment leur manière de voir en disant que bien souvent les coups de couteau qui pénètrent dans l'abdomen ne lèsent aucun organe important à cause de la mobilité des anses intestinales. La laparotomie ne peut alors qu'être nuisible. De plus, lors même que les viscères ont été blessés, nombre d'observations prouvent que la guérison spontanée peut cependant survenir et il faudrait prouver que les interventions suivies de manœuvres longues et pénibles soient suivies d'un plus grand nombre de guérisons que la simple abstention. Or les abstentionnistes soutiennent que l'intervention, dans ces cas, s'accompagne d'une mortalité supérieure à celle que donne le traitement par la diète, l'opium et la compression abdominale.

A cela, les interventionnistes répondent qu'une laparotomie bien faite n'aggrave pas le pronostic de la blessure si les viscères sont intacts. Si au contraire l'intestin, la vésicule biliaire, la vessie sont atteints, la laparotomie devient curatrice et permet de guérir des lésions dont la gravité est des plus grandes. En intervenant immédiatement après le traumatisme, on sauvera bien des malades qui, sans l'acte chirurgical, eussent été condamnés à mourir, et l'on ne compromettra en rien la vie de ceux qui doivent guérir.

Entre les deux opinions intransigeantes peut se glisser une manière de voir plus accommodante accordant l'intervention dans certains cas et la refusant dans d'autres. L'abstention et l'intervention sont, dans les plaies abdominales comme ailleurs, affaire

Résumé d'après la *Gaz. des hôpitaux*.

d'indication et d'opportunité. Inutile de dire que cette opinion intermédiaire est vivement combattue par les deux camps ennemis. Toutefois cette manière de faire est celle à laquelle il faut se rallier dans la pratique.

Il faut chercher ce qui peut guider la conduite du chirurgien.

Si le blessé se présente à nous, sans autre signe que sa plaie abdominale, sans que rien, ni localement, ni dans son état général, puisse nous faire prévoir que la blessure a lésé un viscère abdominal, on se comportera comme en face de toute plaie simple des parties molles, c'est-à-dire que l'on pratiquera soigneusement la désinfection et l'occlusion; les indications de la suture et des drainages restent les mêmes que pour toute autre plaie. Mais il faut qu'aucun signe ne puisse faire soupçonner la possibilité d'une lésion interne et que le blessé se trouve dans les conditions absolues d'un homme bien portant.

L'intervention devient indiquée dès qu'il se manifeste du côté de la plaie, du côté de l'abdomen, ou dans l'état général du sujet, un symptôme quelconque qui peut faire croire a la blessure d'un viscère.

Ces signes sont nombreux, quoi qu'on en dise, et en dehors des cas où *de visu* on peut constater la lésion, souvent le chirurgien arrivera à un diagnostic certain, s'il a pu reconnaître l'issue de gaz par la plaie cutanée, ou l'écoulement de matières fécales, de bile, d'urine ou bien encore un écoulement hémorrhagique abondant ou continu. Rarement, il aura besoin d'attendre l'apparition des selles sanguinolente ou de vomissements noirâtres pour affirmer l'existence d'une plaie intestinale; car, si le signe local fait défaut, les signes généraux de la péritonite par perforation sont plus nets.

Quelquefois le ventre est seulement ballonné, sensible, douloureux, la température modérément élevée; mais, le plus souvent, c'est le faciès abdominal le plus caractéristique, le pouls petit et incomptable, un météorisme considérable, des vomissements verdâtres.

Dans ces cas il faut intervenir vite, d'urgence, à l'instant où se manifestent les premiers signes locaux et généraux, si *minimes* soient ils, il serait imprudent, il serait néfaste de temporiser.

Donc : s'abstenir, s'il n'existe aucun signe ni local, ni général, indiquant la perforation; intervenir de suite, sans perdre une minute, au moindre signe.

En d'autres termes, l'abstention n'est, en réalité, qu'une période d'observation rigoureuse, à laquelle met fin, soit la guérison naturelle, soit l'intervention chirurgicale. Pendant les premiers jours le blessé, soumis à la diète et à la compression abdominale, ne doit pas être quitté un seul instant. La surveillance ne doit pas s'interrompre.

Doit-on donner l'opium dans les plaies abdominales? Non. En effet, de deux choses l'une : ou l'intestin est sain ou il a été atteint; dans la première hypothèse, l'opium est inutile; dans la seconde, je pense qu'il peut-être nuisible. Le blessé, soumis à son influence, se trouve dans un état de malaise général (inappétence, nausées, vomissements même, lourdeurs de tête, etc.) qui peut tromper le chirurgien. Enfin et surtout, en endormant la sensibilité du système nerveux, en amoindrissant les réactions douloureuses, l'opium ne peut que masquer, dans les cas de perforation, le début de l'infection peritonéale, et contribuer ainsi à faire perdre un temps précieux.

REVUE DES THÈSES

Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus, par Manuel Cuellar. — Paris, Steinheil, 1891.

Pour les affections péri-utérines le curettage donne de très bons résultats, un effet vraiment curatif, dans les cas de salpingite catarrhale et dans certains cas d'hydrosalpinx.

Son action curative paraît aussi s'étendre aux cas d'inflammation péri-utérine dans lesquels l'élément fluxionnaire congestif semble tenir une grande place.

Mais dans toutes les affections péri-utérines s'accompagnant de lésions profondes et

graves, circonscrites ou diffuses des tissus ou organes péri-utérins, le curettage n'a donné que des résultats palliatifs et souvent nuls.

Cependant on peut, de ce dernier cas, tirer tout au moins l'enseignement que le curettage pratiqué avec précaution sans abaisser l'utérus, s'il ne donne pas des résultats aussi bons qu'on l'a prétendu, ne constitue pas non plus une méthode aussi dangereuse qu'on a bien voulu le dire.

Le curettage donne de bons résultats dans les cas de fibrome lorsque l'hémorrhagie est le phénomène dominant.

Les gros fibromes gênant par leur volume ou produisant des accidents graves de compression ne sont pas justiciables de ce traitement, car alors l'hémorrhagie, si elle existe, est reléguée au second plan.

Quant à la diminution de la tumeur, on peut l'observer quelquefois à la suite du curettage.

Dans le cancer de l'utérus, lorsque l'envahissement néoplasique s'est étendu trop loin pour permettre une opération radicale, et lorsqu'en même temps il n'a pas encore envahi les parois recto-vaginale et vésico-vaginale, le curettage suivi de cautérisation a paru constituer le meilleur des traitements palliatifs pour suspendre, au moins pendant quelque temps, les hémorrhagies, les douleurs, les pertes fétides. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

De l'innervation motrice central du pharynx, par Félix Sémon et Victor Horsley. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891.) — Après une série d'expériences nombreuses faites sur différentes espèces d'animaux tels que chiens, chats, singes, lapins, etc., au point de vue de la recherche de l'innervation motrice centrale du larynx, les auteurs susnommés sont arrivés aux conclusions suivantes :

Chez le singe, le chien et le lapin, il existe dans chaque hémisphère cérébral une zone spéciale affectée aux mouvements d'adduction des cordes vocales. Chez le singe, cette région est située immédiatement en arrière de la partie inférieure du sillon précentral, à la base de la troisième circonvolution frontale ascendante. En excitant ce point, on produit une adduction bilatérale complète des cordes vocales qui persiste aussi longtemps que l'on continue l'excitation. Si toutefois on prolonge l'expérience trop longtemps, le besoin de respirer l'emporte sur l'excitation artificielle et provoque un mouvement momentané, mais puissant, d'abduction des cordes vocales.

Chez le chat, les conditions sont différentes et les résultats ne sauraient encore être fixés définitivement.

Il n'a pas été possible de déterminer une zone corticale affectée aux mouvements d'abduction des cordes vocales.

Si l'on vient à exciser complètement l'une des zones corticales affectées à l'adduction et que la cicatrisation se produise à la suite d'un pansement aseptique, on n'observe pas de paralysie consécutive, et, si l'on vient à exciter la zone restée intacte, les mouvements bilatéraux se produisent comme si le côté opposé était demeuré intact.

Une excitation considérable ou longtemps continuée de la zone laryngée détermine une véritable épilepsie des cordes vocales, qui s'étend peu à peu aux muscles voisins de la face, du cou, de la tête et des membres supérieurs.

L'excitation du noyau accessoire, dans la moelle allongée, ne saurait produire autre chose que l'abduction des cordes vocales.

On en peut tirer cette conclusion que l'abduction des cordes vocales est un acte automatique, tandis que l'adduction est sous la dépendance de la volonté, ce qui fait qu'une paralysie des abducteurs vocaux se produit plus nécessairement sous l'influence d'une lésion organique, tandis que la paralysie des adducteurs est plutôt un trouble fonctionnel. — P. N.

Le spasme de la glotte, par le docteur Gay. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891.) — L'asthme de Kopp a été expliqué par bien des théories : tantôt il a été attribué

à l'hypertrophie du thymus ou des ganglions trachéo-bronchiques, tantôt à une augmentation de volume du foie qui empêcherait la descente du diaphragme dans les mouvements respiratoires.

Pour Hughlings Jackson, le spasme est dû à une perversion du rythme respiratoire ordinaire chez les individus rachitiques.

Alfred Mantle pense que, dans un certain nombre de cas, l'attaque est occasionnée par une élongation hypertrophique de la luette, et il cite à ce sujet le cas d'un enfant de 8 ans qui guérit complètement à la suite de l'excision de l'organe. Pour Lennox Browne, le spasme est plutôt causé par des végétations adénoïdes du naso-pharynx.

M. Gay part de ce principe que le spasme glottique est une convulsion respiratoire dont le point de départ est la portion centrale qui préside à l'adduction des cordes vocales; ce centre est profondément influencé par toute cause émotive. Or, les enfants sont les plus émotifs de tous les sujets. Si les attaques ont lieu plus fréquemment pendant le sommeil, c'est qu'à ce moment, les origines du spinal sont plus susceptibles d'être influencées par les réflexes par suite de l'abolition du contrôle personnel; il en est ainsi pour les centres génito-urinaires. En effet, c'est pendant la nuit que se produisent la spermatorrhée, l'incontinence d'urine, etc.

En somme, comme l'a signalé Hughlings Jackson, c'est la fonction respiratoire qui est la plus développée chez les enfants, et la moins soumise à leur contrôle; ajoutez à cela que la glotte est fort rudimentaire chez eux. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1891. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : De la craniectomie dans l'épilepsie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pu recueillir un certain nombre de cas d'épilepsie jacksonnienne. L'épilepsie ainsi limitée se rencontre souvent et, de plus, la trépanation est loin de toujours réussir contre elle. M. Lucas-Championnière a fait 4 opérations qui lui ont donné 4 morts rapides et dans lesquelles on n'a pas trouvé la localisation anatomique que semblaient indiquer les symptômes.

Dans le premier cas, un malade avait des accès très nombreux; la trépanation le soulagea, mais fut suivie d'une mort rapide. Il y avait un foyer très éloigné au niveau de la deuxième frontale droite.

Le second malade avait une localisation très nette des phénomènes épileptiques. La trépanation entraîna aussi la terminaison fatale et on trouva une tumeur de la base du cerveau. Dans un fait diagnostiqué épilepsie jacksonnienne par Charcot, il s'agissait d'une méningo-encéphalite diffuse. Enfin, dans la dernière observation, d'une tumeur de la base du crâne.

Il est certain que l'opération est parfois suivie d'un soulagement assez grand, mais son pronostic est toujours sérieux. Malgré tout, c'est la seule thérapeutique efficace. L'épilepsie jacksonnienne indique surtout qu'il y a des lésions graves au voisinage des centres, et ces lésions sont la cause des suites funestes qu'a souvent l'intervention.

On doit faire une grande ouverture dans la région des centres sans s'attacher à localiser exactement le lieu où l'on veut agir; il faut découvrir non un point, mais une région. L'opération est généralement suivie d'un grand soulagement par suite de la décompression qui se produit; les phénomènes douloureux sont beaucoup plus amendés que les attaques.

Il est mauvais de chercher à faire la réimplantation osseuse qui empêche la détente cérébrale.

Bien souvent, quand le chirurgien est appelé auprès du malade, ce dernier est atteint depuis de longues années et son médecin a laissé la maladie évoluer; il est alors trop tard pour réussir.

M. Terrier préconise aussi les grandes ouvertures du crâne et ne croit pas qu'il faille tenter la réimplantation osseuse. Par contre, la décompression ne lui paraît pas jouer un grand rôle. Le pronostic de l'opération est souvent grave et la mort rapide s'observe relativement fréquemment. Du reste, les indications de la trépanation dans l'épilepsie ne sont pas encore nettement posées. On a fait des ablations des centres moteurs dans des cas où la lésion était évidente et dans d'autres où l'on a dit qu'il n'y avait que des altérations microscopiques. Cependant les résultats ont été également bons. Peut-être la cicatrice résultant de l'ablation peut elle agir comme une épine.

M. Lucas-Championnière regarde la douleur et la paralysie localisée comme les phénomènes les plus utiles pour diriger l'intervention. L'opération peut entraîner des hémorrhagies abondantes. L'ablation de centres qui ne paraissent pas malades est contre-indiquée d'autant plus que l'épilepsie jacksonnienne dépend souvent d'irritation à distance.

— M. Felizet a rétabli les fonctions du *tendon d'Achille*, chez un malade qui se l'était sectionné au ras du calcanéum, de la manière suivante : il a réséqué un coin de l'angle postéro-supérieur de l'os en conservant son périoste qui fut fut suturé au bout du tendon. Les fonctions du membre se font bien.

FORMULAIRE

Topique contre les sueurs profuses. — Unna.

Ichthyol...................................... Térébenthine..............................	} āā 5 parties.
Pommade à l'oxyde de zinc....................	10 —

Mêlez. — Aux personnes qui se plaignent de sueurs profuses des pieds et des mains, on conseille l'usage quotidien de pédiluves ou de manuluves, avec de l'eau additionnée de vinaigre, de moutarde ou d'alcool camphré; puis des onctions avec le topique ci-dessus. — Pendant le jour, il est bon de saupoudrer les pieds avec un mélange de 30 parties de talc et d'une partie de farine de moutarde, afin d'obtenir une rubéfaction permanente de la peau. — N. G.

COURRIER

Le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences a décidé qu'au Congrès de Marseille, qui doit s'ouvrir le 17 septembre prochain, des questions spéciales seraient soumises à la discussion des Sections, et que des rapports préliminaires seraient rédigés en vue de préparer cette discussion.

Les questions choisies cette année sont les suivantes :

8e section. — *Géologie et minéralogie* : Etat de la géologie des Bouches-du-Rhône.

9e section. — *Botanique* : Quels sont les meilleurs modes d'installation pour les différentes sortes de collections botaniques au double point de vue de la conservation des échantillons et de la facilité des études ?

11e section. — *Anthropologie* : Quelle est la valeur des objets d'industrie humaine comme élément de classification des terrains quaternaires et des époques préhistoriques?

12e section. — *Sciences médicales* : Le traitement de la tuberculose.

13e section. — *Agronomie* : Des engrais complémentaires suivant la composition chimique des terrains.

14e section. — *Géographie* : Le canal de jonction du Rhône à Marseille.

15e section. — *Economie politique* : Comparer l'exploitation des ports maritimes par l'Etat à l'exploitation par les Compagnies privées.

16e section. — *Pédagogie* : Enseignement supérieur : Création et fonctionnement des

Universités. — Enseignement secondaire : 1° Doit-on maintenir l'étude des langues anciennes dans l'enseignement secondaire? — Doit-on, au contraire, créer un enseignement secondaire spécial duquel seraient exclues les langues anciennes?

17e section. — *Hygiène* : Hygiène des établissements de l'industrie chimique.

Hôpital Tenon. — Service de M. le docteur Richelot. — *Salle Richard Wallace.* — N° 1, ovariotomie double pour kystes végétants des ovaires, avec ascite énorme. — N° 2, Hystérectomie vaginale pour pyosalpinx. — N° 3, hystérectomie vaginale pour rétroversion adhérente et double salpingite parenchymateuse. — N° 4, extirpation de ganglions tuberculeux inguinaux et iliaques. — N° 5, hystérectomie vaginale pour métrite rebelle, après ablation ancienne des annexes. — N° 6, hystérectomie abdominale avec traitement intra-péritonéal du pédicule pour fibromes. — N° 7, extirpation de polype intra-utérin. — N° 8, curage pour métrite hémorrhagique. — N° 9, ovariotomie double pour kystes végétants des ovaires. — N° 10, hystérectomie vaginale pour rétroversion adhérente et lésions des annexes. — N° 11, hystérectomie vaginale pour pyosalpinx. — N° 12, résection du maxillaire supérieur pour ostéo-sarcome. — N° 13, hystérectomie vaginale pour cancer du col. — N° 14, curage et opération d'Emmet pour métrite d'origine blennorrhagique. — N° 15, laparotomie pour péritonite tuberculeuse. — N° 16, extirpation d'épithélioma vaginal. — N° 17, laparotomie pour salpingite parenchymateuse unilatérale. — N° 18, hystérectomie vaginale pour pyosalpinx. — N° 19, laparotomie pour kyste hydatique du foie. — N° 20, curage et opération de Schrœder pour métrite. — N° 21, hystérectomie vaginale pour cancer du col. — N° 22, cholécystentérostomie.

Conférence clinique, les lundis à dix heures.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1891, MM. les docteurs Delpeuch (d'Aurillac) et Vital (de Puybrun) ont été nommés officiers d'Académie.

Rectification. — Pour des motifs d'ordre tout particulier tenant aux conditions dans lesquelles a été publiée la liste des médecins du département des Vosges, dans l'Annuaire médical Roubaud, et qui ne sauraient en aucune façon établir un précédent, nous croyons devoir signaler l'omission du nom du docteur Paul Rodet parmi les médecins exerçant à Vittel.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Esparbès (de Toulouse), Thomas (de Marseille).

Asile d'aliénés de Blois. — Une loi du 10 avril 1891 (*Journal officiel* du 11) autorise le département de Loir-et-Cher, conformément à la demande du Conseil général, à emprunter une somme de 70,000 francs remboursable en trente ans et applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois. Les fonds nécessaires au service des intérêts et de l'amortissement seront prélevés sur les bonis de l'asile et au besoin sur les ressources départementales.

Cours libre de gynécologie. — M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours théorique et pratique de gynécologie en 18 leçons, 12, rue de Navarre, le mardi 23 juin, à quatre heures, et les continuera le mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CAPSULES DE RAQUIN, *Copahu, Copahivate de soude, Cubèbe, Goudron, Térébenthine, etc.* 6 à 15 capsules contre blennorrhagie, 3 à 9 contre autres affections. *Ni odeur, ni renvois.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Tenon. — M. le docteur L.-G. Richelot.

De la laparotomie exploratrice.

Messieurs,

Vers le milieu de ce siècle, il vint à la pensée des chirurgiens, en présence des difficultés que soulève le diagnostic des affections abdominales, d'ouvrir le ventre pour l'explorer. Les Anglais, les Américains nous ont donné l'exemple.

A cette époque, les adhérences étaient considérées comme une contre-indication à l'ovariotomie. Aussi, la laparotomie exploratrice fut-elle d'abord utilisée pour constater la présence ou l'absence de cette complication. Bientôt on y recourut dans d'autres circonstances et elle tendit à se généraliser.

En France, elle fut d'abord très mal accueillie. Procédé brutal et imprudence extrême, disait-on. Et la saine clinique! et le respect de la vie des malades! N'était-ce pas l'apanage et la gloire de l'école française, de savoir poser le diagnostic avec précision et sagacité avant de rien entreprendre? Il y a peu d'années encore, les chirurgiens qui risquaient une incision

FEUILLETON

Les Salons de 1891 (1).

M. Béraud, qui intitule sa toile : *Le Repos chez Simon le Pharisien*, semble revenir aux habitudes des maîtres d'autrefois qui peignaient les scènes de l'Ecriture sainte en donnant à leurs personnage, sauf au Christ et aux apôtres, des costumes modernes. C'est ainsi que Paul Véronèse, dans ses *Noces de Cana*, nous représente une fête qui se passe à Venise au XVIe siècle. Dans le tableau de M. Béraud, le Christ, assis auprès d'une table dans son costume traditionnel et la tête nimbée de rayons, est entouré d'hommes en habit et en redingote qui causent, fument, rient et se moquent, tandis que d'autres semblent impressionnés par les paroles divines; aux pieds de Jésus, une femme, en toilette de bal, se prosterne en gémissant et représente la Madeleine. Certaines des figures sont très spirituellement peintes, et, malgré l'étrangeté voulue de la scène, c'est certainement un des meilleurs envois du maître.

Que dire de l'*Été* de M. Puvis de Chavanne? L'on est fanatique de ce genre de peinture, et l'on n'y comprend absolument rien. Beaucoup de fanatiques seraient, du reste, fort empêchés si on leur donnait à juger les œuvres de M. Puvis sans les prévenir à

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 11 juin 1891.

abdominale, sans avoir un diagnostic ferme, passaient pour entreprenants et téméraires. Aujourd'hui même, on entend çà et là quelques plaisanteries faciles sur ceux d'entre nous qui « ouvrent le ventre d'abord et font le diagnostic après ».

Ai-je besoin de vous dire, Messieurs, que l'incision exploratrice ainsi comprise n'existe pas, et que jamais un chirurgien digne de ce nom n'a eu l'idée de substituer l'ouverture de l'abdomen et la constatation directe des lésions à l'étude consciencieuse et réfléchie de son malade, de faire, en un mot, la laparotomie avant d'avoir acquis les notions les plus certaines que puisse donner l'examen clinique, et la conviction qu'une incision est nécessaire pour éclairer ce qui demeure obscur et agir en pleine connaissance de cause?

Ai-je besoin d'ajouter que nous respectons encore la vie de nos malades, mais que ce respect ne va plus jusqu'à les laisser mourir?

Le diagnostic, en chirurgie abdominale, est souvent bien précaire, malgré tous les procédés dont nous disposons, toucher, palper, recherche de la sensibilité, etc. L'examen sous le chloroforme, qui peut être utile dans certains cas particuliers, mais dont vous ne me voyez pas en général faire usage, induit souvent en erreur ceux qui ont la prétention d'analyser anatomiquement, de disséquer les lésions à travers les parois ou les culs-de-sac. J'en ai vu beaucoup, de ces fins diagnostics, et je connais leur destinée. En 1889, une jeune femme vint me trouver à l'hôpital Tenon; examinée très minutieusement dans un autre service, on lui avait reconnu « un petit fibrome situé au niveau de la corne gauche de l'utérus ». Je trouvai, pour mon compte, une « métrite catarrhale avec déchirure du col et éversion de sa muqueuse ». Je fis le curage et l'opération de Schrœder; le lendemain survint une hémorrhagie et l'expulsion d'un petit fœtus d'un mois environ, dont ma curette ne s'était pas doutée. L'année suivante, la malade revint avec des annexes douloureuses; je fis la laparotomie et trouvai de gros ovaires kystiques, des trompes dilatées et adhérentes, mais de fibrome, point.

---

l'avance; car il en est de ce genre de peinture comme de la musique de Wagner, sous peine de passer pour un barbare, l'on doit, dans un certain monde, se pâmer d'admiration en présence de ces manifestations du génie humain. Pour nous, une masse d'arbres solidifiés en bloc de rocher dans un paysage grisâtre où sont figés quelques personnages déshabillés, ne représente pas plus l'été que des prés sans couleur, des arbres sans éclat, ne rappelaient, l'année dernière, la verdoyante Normandie. Nous savons bien qu'il est convenu que c'est un art tout idéal qui doit éveiller des pensées poétiques et qui n'est à sa place que sur les murs des bâtiments qu'il doit décorer... Malgré tout, il nous semble que la grande peinture peut condescendre à être compréhensible pour la mojorité des individus d'une éducation moyenne et que les scènes décoratives ont le droit, sinon le devoir d'être dessinées, composées et colorées tout comme un vulgaire tableautin quelconque.

Parmi les grandes toiles qui attirent forcément le public, il nous faut encore citer les *Huns* de M. Checa, dont la *Course de chars romains* eut le plus grand succès en 1890. La horde barbare, brandissant ses armes, enlevant les femmes et les enfants, bondit à travers les campagnes en semant derrière elle l'incendie et la mort. C'est là une belle cavalerie, d'un puissant mouvement, et, bien que la couleur soit un peu confuse, c'est une des œuvres les plus remarquées aux Champs-Elysées.

Outre un portrait dont nous avons déjà parlé, M. Bonnat expose la *Jeunesse de Samson*; le futur juge d'Israël essaye sa force en domptant les fauves de haute lutte, et c'est là l'occasion pour le peintre de dessiner une académie merveilleuse qui prouve chez son

Soyons modestes, Messieurs. Faisons nos diagnostics avec soin et conscience; mais sachons que, bien souvent, nous sommes réduits à connaître à quel appareil, à quel ordre de lésions nous avons affaire, quelle est la gravité du mal et l'urgence de l'intervention. C'est déjà beaucoup; c'est l'indication chirurgicale qui se trouve ainsi posée, sans recherche ni prétention à deviner jusqu'au plus infime détail.

Cela dit, qu'est-ce qu'une laparotomie exploratrice? C'est une incision de l'abdomen ayant pour but d'éclairer le diagnostic en dernière analyse, quand tous les autres moyens sont épuisés, pour arriver, autant que possible et séance tenante, à une opération curative. Ainsi comprise, elle est le premier temps d'une intervention plus complète, qui est la fin probable ou désirée de l'acte chirurgical. Si cette fin nous échappe, si l'opération ne peut être faite, l incision seule pouvait nous en donner la preuve.

Je pourrais vous dire qu'à un certain point de vue, toute laparotomie est *d'abord exploratrice,* car le plus souvent, même quand nous possédons un diagnostic assuré, elle le complète ou le rectifie sur quelque point. Tout n'est pas dit, en effet, quand nous pouvons nommer l'opération que nous allons faire. Voyez nos interventions sur les annexes de l'utérus : lésions complexes, adhérences plus ou moins étroites, comment prévoir tout ce que nous allons trouver? Les deux côtés sont-ils malades, et pourra-t-on respecter un ovaire? J'ai opéré l'année dernière une jeune femme qui avait une vive sensibilité et une grosse tumeur à droite; elle désirait beaucoup avoir des enfants. Vu la fréquence des lésions bilatérales, je ne lui ai rien promis; puis, la laparotomie étant faite, j'ai trouvé, non ces lésions inflammatoires banales qui affectent si souvent les deux côtés, mais une lésion spéciale, un kyste végétant de la trompe droite, avec intégrité parfaite du côté gauche. Aujourd'hui, elle est enceinte.

Il m'est arrivé d'attaquer de grosses poches tubaires douloureuses, que je croyais suppurées, et de trouver des hématosalpinx, ce qui vaut infiniment mieux pour le péritoine.

L'ovariotomie elle-même, l'honnête ovariotomie nous réserve des sur-

---

auteur une parfaite connaissance du corps humain. Lorsque l'on voit les tristes études de nu répandues un peu partout dans les Salons, on ne peut que féliciter M. Bonnat d'avoir bien voulu peindre un morceau d'une si belle facture.

IV

Il est bien difficile de faire un choix équitable parmi les nombreux sujets de genre, les marines et les paysages, et nous devons nous borner à noter quelques tableaux un peu au hasard de notre impression. M. Dagnan, qu'on a le regret de voir au Champ-de-Mars, est un vrai réaliste, en ce sens que, s'il nous montre des scènes familières, il les revêt d'une couleur réelle et ne croit pas faire une mauvaise œuvre parce qu'il ne peint pas en violet. Ses *Conscrits* sont de vrais paysans de France, bien marris de quitter le *pays*, qui se promènent en bande précédés par le tambour du village. Ils parcourent une pauvre rue d'un pauvre village regardés par quelques habitants qui partagent la peine de ceux parmi lesquels se trouvent leurs fils et leurs frères.

M. Roufflet a peint la *Fin de l'Epopée,* dernière charge des cuirassiers français à Waterloo; hommes et chevaux arrivent au bord du ravin qui barrait le terrain et roulent pêle-mêle les uns sur les autres. En arrière, les derniers rangs cherchent en vain à retenir leurs montures qui se cabrent effarées. La composition de ce grand morceau est fort belle; le mélange d'hommes, de chevaux, entassés les uns sur les autres, est loin d'être confus et l'on sent là la main d'un peintre habile qui est en même temps un bon dessinateur et ne sacrifie pas tout à l'effet.

prises. Une jeune fille, venue de Nevers en 1889, avait une tumeur rénitente, médiane, régulière, montant au-dessus de l'ombilic et figurant un gros utérus; quand je l'eus opérée, son médecin apprit avec stupéfaction qu'il s'agissait d'un kyste ovarique ordinaire, mais largement adhérent au fond de l'utérus avec lequel il se continuait. Tout récemment, une autre jeune fille de la même ville m'est envoyée par le même confrère avec un ventre énorme plusieurs fois ponctionné; on admet une ascite. J'incise, et je trouve un immense kyste uniloculaire, contenant vingt litres de liquide, dont l'extirpation fut heureuse et aurait duré vingt minutes, sans des adhérences produites par les ponctions dans tout le flanc gauche et sur l'épiploon. En 1889, une femme de 40 ans m'est adressée par mon collègue Félizet; à nous deux, nous posons le diagnostic de grossesse extra-utérine. La tumeur occupe le cul-de-sac de Douglas, il y a des signes rationnels et on sent des parties fœtales. Par la laparotomie, j'extrais avec la plus grande facilité un kyste dermoïde de l'ovaire, contenant des os et des dents qui nous avaient donné le change.

Il nous arrive encore d'ouvrir l'abdomen pour des fibromes utérins, sans savoir si nous ferons la castration ou l'hystérectomie. Il y a quelques semaines, vous m'avez vu entreprendre la seconde, et, séance tenante, me décider pour la première.

Que dire de la chirurgie des voies biliaires? Comment savoir, avant d'explorer directement, quelle est la cause de l'obstruction du cholédoque, si on peut faire cheminer les calculs, si la cholécystotomie est valable ou s'il faut, comme vous me l'avez vu faire avec succès il y a quelques semaines, aboucher la vésicule avec l'intestin? Que dire surtout des étranglements internes, où le diagnostic est presque toujours nul, et où la seule indication est de se mettre à la recherche de l'obstacle, s'il en est temps encore?

Heureux quand nous pouvons le trouver et lui faire subir un traitement rationnel! Car, à côté des laparatomies d'abord exploratrices, il faut placer celles *qui restent exploratrices*. On les commence avec un diagnostic et un

---

Au troisième Salon, qui occupe le palais des Arts-Libéraux, nous trouvons une autre *Charge de cuirassiers*, peinte par M. CASTELLANI. Il nous montre une rencontre de cuirassiers blancs et de cuirassiers français pendant la guerre de 1870, et, si l'on peut regretter que la couleur de l'ensemble soit un peu terne, on doit louer la composition et le dessin. On ne peut que déplorer la sévérité des jurys pour cette toile, aussi bien que pour la *Tête de femme*, au pastel, de Mlle BURGKAN; le portrait de *Mme R. L...*, par Mlle LACROIX DE LA LÈBRE, aussi un pastel; le paysage de M. MORIZET, intitulé *Avril;* les *Sept péchés capitaux*, de M. LÉPINE, et quelques autres envois trop rares au milieu de productions qui n'ont de la peinture que le nom.

Dans le *Mariage de Bedreddin-Hassan*, M. CORMON fait briller et chatoyer sous un soleil d'été les étoffes, les bijoux et les femmes d'Orient; joli et gai tableau dans lequel l'auteur nous montre une fois de plus son talent de coloriste.

L'observation juste et fine est aujourd'hui un don trop rare pour que nous ne signalions pas l'*Heure du repos* (*quartier du Temple*), de M. GILBERT; le *Plain-Chant,* de M. WALTER GAY; le *Moulin-Rouge dans la matinée*, de M. GELHAY. Ces toiles, ainsi qu'un certain nombre d'autres que nous ne pouvons malheureusement citer, sont l'objet de la faveur du public. C'est un symptôme rassurant qui nous prouve que les insanités du Champ-de-Mars n'auront qu'un temps; nous n'en avons, du reste, jamais douté, car le bon sens, en France, finit toujours par reprendre ses droits.

Les luttes d'Ecoles sont devenues aujourd'hui si ardentes que l'on en vient à traiter de poncifs des maîtres qui devraient être incontestés. Il y a longtemps que M. BOUGUE-

but déterminés, mais on reconnaît l'impossibilité d'atteindre ce but, et on s'arrête; elles sont dites exploratrices après coup. Telles sont certaines opérations que j'ai faites pour des lésions péri-utérines que je croyais pouvoir enlever, mais qui étaient si adhérentes que j'ai dû renoncer à leur extirpation; je vous en parlerai plus loin avec quelques détails.

Appelons enfin *laparotomie exploratrice vraie* ou *proprement dite* celle qu'on entreprend pour ainsi dire sans savoir où on va, sans pouvoir nommer l'opération qu'on va faire. Le diagnostic est nul ou très vague, mais la gravité de certains signes impose l'intervention comme la meilleure chance de salut. Ici le rôle de l'exploration est prépondérant, on va littéralement à la découverte. Exemple, une fille de 22 ans que j'ai opérée en 1890 pour une ascite légère, sans cause visible, au milieu d'une santé parfaite; j'ai repoussé la ponction, qui pouvait me laisser dans l'incertitude, et l'incision m'a montré un péritoine farci de granulations tuberculeuses.

Il y a encore des nuances dans ces opérations, qu'il est bien difficile de classer. On agit quelquefois sans diagnostic, à la vérité, mais avec de mauvais pressentiments sur la nature du mal; on s'attend bien à ne pouvoir aller au delà d'une exploration, mais le but qu'on se propose est de soulager, d'atténuer certains symptômes — en évacuant l'ascite, par exemple — et surtout d'acquérir la preuve que le mal est incurable. Cette preuve, ne croyez pas qu'il soit indifférent de la chercher, car, en la cherchant, vous pouvez avoir une surprise heureuse; la ferme volonté de ne pas renoncer aux dernières chances qui restent, peut vous conduire à une opération inespérée. En voici deux exemples frappants :

L'année dernière, on m'appelle auprès d'une dame ayant un énorme ventre et absolument cachectique depuis trois mois. Impossible de rien trouver sous cette masse de liquide; impossible d'espérer un bon résultat d'une opération quelconque, chez une femme totalement épuisée. Il y a un an, deux chirurgiens de Paris, qui ne sont pas des timides, ont refusé d'intervenir, et cependant la malade était encore vaillante; ils ont cru certainement à un cancer inopérable. Je consens, avec peu d'enthousiasme, à

REAU peint des choses gracieuses, mais cela n'empêche pas les *Premiers bijoux* et l'*Amour surveillé* d'être d'un dessin impeccable et d'une couleur charmante. Nous l'avouons franchement, dût-on nous appeler rococo, nous préférons ce genre de peinture à la *Fleur de nuit*, si moderne, de M. ROSSET, éclairée par sa lanterne vénitienne, ou à une toile dont le nom de l'auteur nous échappe, et qui nous montre une petite fille faisant pipi dans un vase de nuit, sous l'œil émerveillé de sa mère en chemise... A quand le reste ?

V

L'Ecole française de sculpture est presque tout entière restée fidèle à l'Exposition des Champs-Elysées, et nous trouvons là les plus grands des maîtres.

Un pur chef-d'œuvre, telle est la *Diane* de M. FALGUIÈRE, morceau de nu où la beauté de la forme et du geste rappelle les plus rares qualités des maîtres antiques. Debout et penchée en avant, la déesse vient de lancer une flèche sur un oiseau qui fuit et vers lequel elle semble s'élancer. Il est impossible de mieux posséder la science du corps humain, de mieux assouplir le marbre, c'est le beau dans toute sa pureté.

Les deux dernières œuvres de CHAPU sont la statue assise grandeur nature de la *Princesse de Galles*, morceau qui a dû coûter beaucoup de peine au sculpteur forcé de reproduire les multiples détails de la toilette d'une grande dame et qui, du reste, est resté inachevé, et la statue de *Monseigneur de Bonnechose* dont la tête fine et énergique à la fois restera une des plus belles œuvres du maître regretté.

ne pas abandonner cette femme qui s'accroche à son dernier espoir, et je fais la laparotomie le 9 novembre. Base du thorax évasée, appendice xiphoïde repoussé en avant, 35 litres de liquide. Après l'évacuation, surprise et satisfaction générales : nous découvrons deux kystes ovariques de petit volume, multiloculaires, végétants à leur face externe, parfaitement mobiles et sans adhérences; l'extirpation dure quelques minutes. Pendant huit jours, guérison apparente sans douleur ni fièvre; malheureusement, l'intestin ne veut pas fonctionner, la langue reste sèche, la malade est à bout de forces, elle décline et meurt au bout d'un mois. Quel malheur qu'on n'ait pas fait l'incision exploratrice quand elle avait encore de la résistance! L'événement prouve qu'elle eût été sauvée.

Un cas identique, heureusement moins grave, s'est présenté à nous cette année; la malade est encore au n° 1 de la salle Richard Wallace. Elle avait subi quatre ponctions, mais après chacune le liquide se reproduisait rapidement en plus grande abondance. Elle avait 30 litres d'ascite et des organes sains; après l'incision, je lui trouvai deux petits kystes ovariques multiloculaires, à végétations extérieures, sans adhérences, et qui furent très simplement extirpés. L'état général n'était pas mauvais, le danger ne pouvait venir que de cette énorme déplétion. Elle eut, en effet, un peu de congestion pulmonaire, un peu de ballonnement et de parésie intestinale, mais elle est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

Je ne vous parlerai, Messieurs, du *manuel opératoire* que pour vous faire remarquer combien la petite incision qui vous donne accès dans tous les coins de l'abdomen, est chose simple et facile, et pour vous dire le mal que je pense des *ponctions exploratrices.* Evidemment, l'incision est un peu moins élémentaire; il faut avoir des aides, se laver les mains, endormir la malade. Mais qu'à cela ne tienne! Ponctionnez, de propos délibéré, une ascite sans tumeur et dont la cause vous est connue, soit; mais défiez-vous de la ponction exploratrice. C'est un procédé aveugle, qui donne des renseignements vagues, n'achève pas le diagnostic et empêche l'action immédiate. Il est plus dangereux qu'on ne pense, car il expose à verser des

---

M. H. Cordier a envoyé un *Général Lassalle*, œuvre grandiose d'une magnifique allure, qui prouve que son auteur possède au même degré la science si difficile du cheval et celle de l'homme. On ne peut que souhaiter de voir bientôt cette statue orner l'une de nos patriotiques villes de l'Est pour qui Lassalle est un compatriote.

Un des groupes les plus remarqués est celui que M. Sinding intitule *Un homme et une femme.* Deux amants enlacés s'embrassent à pleines lèvres; ils s'embrassent si bien que la scène a une intensité de vie étonnante qui vient encore accentuer le nu des personnages.

M. Mercié a voulu se jouer cette année en nous montrant un petit satyre qu'une nymphe met *En pénitence* en lui enlevant sa flûte qu'elle cache derrière son dos. Cette petite scène badine est un charmant morceau.

Par sa statue *A la terre* qui représente simplement un homme qui bêche, M. Boucher arrive au grandiose et s'élève sans effort au symbolisme le plus élevé; tandis que, dans le *Joug*, de M. Pépin, l'allégorie transparente a fourni a l'artiste l'occasion de nous montrer qu'il peut faire grand et modèle puisamment le corps humain.

Bien des œuvres seraient encore à citer dans cette belle exposition de sculpture, mais nous sommes forcés de nous borner et devons simplement mentionner les envois de MM. Bouteillier, Louis Noel, Holweck en regrettant de ne pouvoir en parler davantage.

Nous en avons terminé avec cette rapide Revue des Salons de 1891. Ce qui ressort de leur étude d'ensemble, c'est que la peinture française, que l'on pouvait craindre un moment

liquides variés dans le péritoine. Je suis souvent effrayé de l'aplomb avec lequel les médecins se lancent tête baissée à travers les anses intestinales et les poches purulentes ou autres. Que de fois n'avons-nous pas à déplorer l'état de ces malades chez qui des ponctions répétées, sans éclairer la situation, n'ont réussi qu'à produire des douleurs, des poussées de péritonite et des adhérences qui viennent compliquer l'intervention ultérieure !

Un des points les plus intéressants, c'est le *pronostic*. Posons en principe que l'incision en elle-même n'est rien, si elle est faite proprement; le danger commence avec les manœuvres intra-péritonéales, quand elles se compliquent ou se prolongent. Il y a cependant une réserve à faire, pour les explorations tardives chez les cancéreux avancés; on peut voir le malade s'éteindre subitement, même si la manœuvre a été fort simple. Mais le fait le plus curieux, et sur lequel je vais insister en terminant, c'est l'action bienfaisante inattendue de certaines laparotomies purement exploratrices : c'est ce que nous appellerons, si vous le voulez, la *laparotomie exploratrice curative*. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Pathologie et traitement des maladies de la peau. Leçons par le professeur Moriz Kaposi. Traduction avec notes et additions par MM. Ernest Besnier, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et Adrien Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin inspecteur des eaux d'Uriage. *Seconde édition française*. — Paris, Masson, 1891.

Je ne sais s'il existe dans la littérature médicale un autre exemple d'une entreprise semblable à celle qui a été conçue et réalisée il y a dix ans par les éminents traducteurs français des leçons du dermatologiste viennois. A cette époque, MM. Ernest Besnier et A. Doyon se sont dit que les médecins français vivaient dans la plus regrettable ignorance de ce qui se passait à l'étranger sur un domaine où leurs pères avaient incontestablement tenu le premier rang : l'Ecole de Vienne, fondée par Hebra, était devenue l'Ecole internationale, où les médecins de tout pays allaient apprendre cette science

---

de voir se dévoyer, est en train de se ressaisir. Débarrassé de l'amas de toiles inférieures qui y pénétraient les autres années, le Salon des Champs-Elysées offre un ensemble remarquable et, si l'on y fait beaucoup moins de bruit qu'au Champ-de-Mars, on y travaille en général beaucoup mieux. P. Norech.

Potion contre la coqueluche. — Dubousquet.

Antipyrine	de 0 gr. 30 à 1 gramme.
Sirop de framboises	20 grammes.
Eau de Vichy	80 —

Faites dissoudre. — A faire prendre dans l'espace de vingt-quatre heures, par cuillerées à dessert, immédiatement après les quintes. Aussitôt après la potion, on donne une petite quantité de lait ou de bouillon. — N. G.

Injection contre les abcès froids. — Billroth.

Iodoforme	10 grammes.
Glycérine pure	100 —

F. s. a. une émulsion, pour usage externe.

On ponctionne l'abcès froid, on fait sortir le pus, et on injecte en son lieu et place une quantité a peu près égale de l'émulsion iodoformée. Au bout de trois ou quatre semaines, on renouvelle la ponction, et on procède à une seconde injection. — N. G.

dermatologique créée à Paris à l'hôpital Saint-Louis. Ils ont donc entrepris de nous faire connaître l'état présent de la science dermatologique allemande représentée par l'enseignement de Kaposi, gendre et continuateur d'Hébra. Mais il n'entrait pas dans l'intention des traducteurs de nous présenter comme un idéal irréprochable cette science allemande, à qui le souci de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique et des traitements topiques, de la lésion en un mot, semble avoir fait oublier l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique générale, c'est-à-dire la maladie. Il fallait donc, tout en nous faisant connaître les progrès réalisés par l'Ecole de Vienne, souligner nettement ses lacunes et ses erreurs, mettre en évidence le lien qui rattache la dermatologie contemporaine aux acquisitions du passé et à notre tradition nationale. Cette tentative, hardie et délicate, MM. Ernest Besnier et Adrien Doyon l'ont menée à bien, et on peut affirmer que la renaissance des études dermatologiques, dont notre pays peut s'enorgueillir aujourd'hui, a reçu la plus vigoureuse impulsion de cette publication si intelligemment conçue.

Dans une introduction écrite avec une éloquente conviction, les traducteurs de Kaposi exposaient, en 1881, les causes de la décadence de notre Ecole de Saint-Louis, si florissante naguère et que les étrangers avaient déserté pour l'Hôpital Général de Vienne; ils indiquaient avec précision les remèdes que comportait la gravité de la situation. Cet appel patriotique a été entendu; une pléiade de jeunes dermatologistes s'est formée autour des médecins de Saint-Louis, et plus particulièrement du maître qui a su communiquer à tous ceux qui l'ont approché, si peu que ce soit, le goût des études auxquelles il s'est voué lui-même. Aussi, en 1891, dans la préface de cette nouvelle édition qui est une refonte complète, les traducteurs ont-ils pu affirmer sans craindre aucune contradiction que, « durant ces dix années, l'Ecole dermatologique française a marqué sa place au premier rang de la science; sur tous les points, nosologie ou nosographie, clinique, thérapeutique appliquée, histologie, microbiologie, elle occupe les positions avancées. » Ils ont pu énumérer, avec une fièreté légitime, les ressources si nombreuses qu'offre maintenant Paris aux médecins étrangers ou nationaux désireux de s'initier aux maladies cutanées : l'hôpital Saint-Louis avec ses 600 lits, ses policliniques débordant de malades, son musée nouveau, ses salles de conférences et de travail, sa bibliothèque, ses laboratoires fondés grâce à la libéralité de l'administration de la Ville et à la sollicitude de l'administration de l'Assistance publique! Mais ce qu'ils n'ont pu dire, et ce dont nous pouvons rendre témoignage, c'est que, pour provoquer ces améliorations et en conseiller l'organisation au mieux des intérêts scientifiques, il fallait la patience persuasive, le zèle professionnel et l'aptitude merveilleuse à l'enseignement qui ont permis à M. Ernest Besnier de grouper autour de lui un faisceau de bonnes volontés, de créer dans un service modèle une Ecole libre pleine d'éclat.

Si nous ajoutons que, dans la nouvelle édition des Leçons de Kaposi, les notes et appendices des traducteurs occupent une étendue égale à celle de l'ouvrage traduit, que l'on y trouve à chaque page l'opposition des doctrines françaises à celles de l'auteur viennois, que l'exposé des vues personnelles et de l'expérience clinique de MM. Besnier et Doyon est complété par tous les emprunts utiles aux auteurs de tous les pays avec l'indication la plus exacte des sources bibliographiques, le lecteur comprendra sans peine que ce livre est à lui seul une bibliothèque dermatologique pour le médecin praticien et l'étudiant. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un rapport sur les épidémies dans le département de la Nièvre en 1890, par M. Ch. Fichot;

2° Des rapports sur des vaccinations et revaccinations, par MM. Grivers, Carlier et Perronet.

La chloroformisation. — M. Le Roy de Méricourt rappelle que dans la marine on se sert règlementairement d'un cornet spécial pour la chloroformisation. On n'observe jamais d'accidents.

Le chlorhydrate d'ammoniaque dans la grippe. — M. Marotte, tout en reconnaissant la grande utilité du sulfate de quinine dans la grippe, préconise surtout le chlorhydrate d'ammoniaque qui agit plus rapidement et amène une guérison plus nette, plus franche, en faisant disparaître les nombreux malaises qui persistent souvent si longtemps après a maladie.

M. Marotte a été conduit à l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque par l'usage qu'on en faisait dans le traitement des fièvres intermittentes avant la découverte du quinquina, et par l'étude des affections catarrhales sporadiques et paraissant par poussées circonscrites, peu durables.

Le médicament est excellent contre la pleurésie catarrhale, la bronchite, mais surtout contre la congestion pulmonaire grippale. On peut atteindre les doses de 3 à 5 grammes en vingt-quatre heures, par cachets de 0 gr. 50, en calculant les moments d'administration d'après les effets produits. Des malades qui paraissent devoir asphyxier rapidement guérissent par ce moyen.

M. Marotte a vu aussi le jaborandi, pris à la dose de 1 gr. 50, couper rapidement une attaque de grippe.

Epilepsie partielle par angiome intra-cranien. — M. Péan donne lecture d'une observation dont il tire les conclusions suivantes :

1° De même qu'il existe des angiomes extra-craniens communiquant, à travers la voûte du crâne, avec le sinus longitudinal supérieur, il existe une variété d'angiomes intra-craniens communiquant également avec le sinus longitudinal supérieur, mais développés dans l'épaisseur des méninges et situés entièrement à l'intérieur du crâne.

2° Ces angiomes appartiennent à la variété des angiomes simples, c'est-à-dire qu'ils sont essentiellement constitués par un peloton de capillaires dilatés et flexueux. Ils ne présentent pas de limites précises et se continuent insensiblement avec les vaisseaux voisins situés dans l'épaisseur des méninges. Leur caractère principal est de communiquer, par une grosse veine dilatée, avec le sinus longitudinal supérieur.

3° Au point de vue clinique, à l'inverse des angiomes extra-craniens qui ne donnent lieu qu'à des signes physiques, *ces angiomes méningés se manifestent uniquement par des troubles fonctionnels cérébraux* en rapport avec le siège occupé par la tumeur.

Ces symptômes fonctionnels sont surtout :

a) La douleur localisée au point lésé;

b) L'épilepsie jacksonnienne, si la tumeur correspond à un centre moteur. Ils diffèrent de ceux qui sont fournis par les tumeurs solides qui occupent le même siège, en ce qu'ils sont influencés et augmentés (*a*) par la flexion de la tête et son inclinaison en avant; (*b*) par la compression des veines jugulaires internes au cou;

4° Le pronostic en est très grave, à cause des phénomènes cérébraux qu'ils occasionnent, et aussi parce que la rupture d'un des vaisseaux qui les constituent, peut amener une hémorrhagie mortelle, ainsi que le montre un cas non opéré, trouvaille d'autopsie publiée en Angleterre par Arcy Porter;

5° Ces tumeurs sont justiciables de la trépanation. L'hémorrhagie, et notamment celle due à la communication avec le sinus est facilement arrêtée par le pincement temporaire et définitif.

Cholécystotomie et cholécystectomie. — M. Terrier communique de nouvelles observations relatives à la chirurgie des voies biliaires. Dans un premier cas, le malade avait une cholécystite avec péricholécystite, les adhérences étaient si développées que l'extirpation de la vésicule fut impossible. On fit le drainage et le malade mourut de péritonite septique.

Dans le second, il fit la cholécystectomie chez une femme qui avait une grosse tumeur

biliaire. La vésicule renfermait des calculs et avait ses parois peu résistantes et enflammées. Dans cette opération, M. Terrier eut recours au cathétérisme des voies biliaires, qui lui permit de constater la présence de calculs dans le canal cystique. Du reste, jamais il ne s'écoula de bile par la plaie et la malade guérit rapidement.

M Péan pense que le cathétérisme ne peut donner que peu de renseignements quand il s'agit de calculs mous et friables.

Hypertrophie du cœur pendant la grossesse. — M. C. Paul ne nie pas cette hypertrophie, mais il croit qu'elle disparaît après l'accouchement. C'est aussi l'avis de M. Charpentier.

Prophylaxie des nourrices et des nourrissons contre la syphilis. — M. Fournier fait un rapport sur ce sujet à l'occasion d'un mémoire de M. Duvernet. L'organisation actuelle de visites des nourrices comporte deux grandes lacunes : l'une, c'est l'absence de garantie pour la nourrice sur lieu contre les contaminations pouvant dériver de leurs nourrissons; l'autre, c'est l'absence de garantie contre les nourrices de retour en incubation de syphilis.

M. Duvernet ne s'est pas occupé du premier point. Pour parer au second danger, il propose que les nourrices qui prennent un second enfant soient dans l'obligation de produire un certificat portant que le premier nourrisson n'avait pas de maladie contagieuse. Ce certificat sera facilement obtenu des familles dont l'enfant sera bien portant. Celles qui résisteront seront celles dont l'enfant sera malade. Naturellement, il faudra s'attendre à ce que les nourrices intentent des actions judiciaires contre les parents des enfants qui les auront contaminées et les tribunaux auront à s'occuper de cette question. Le certificat dénoncera aussi la syphilis du mari, qui est, du reste, déjà indiquée par les accidents de l'enfant et le traitement appliqué, mais cela vaut mieux que de contaminer une femme innocente qui pourra, à son tour, transporter la contagion ailleurs. Quand, dans l'état actuel des choses, on congédie une nourrice dont le nourrisson vient à présenter des accidents suspects, elle peut être en incubation de syphilis et, par conséquent, très dangereuse. Quand il y aura un certificat, on se tiendra en garde.

Vu l'importance de ce rapport, l'Académie en ajourne la discussion à une séance ultérieure.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE MAI 1891.

N. B. — Les thèses précédées d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mardi 5 mai 1891. — N° 183. M. Le Tanneur (Maurice) : Contribution à l'étude de quelques affections du larynx. (Président, M. G. Sée.) — N° 184. M. Cordonnier (D.-P.-M.) : Des couleurs antiseptiques d'aniline (pyoctanine de Stilling) en thérapeutique oculaire. (Président, M. Panas.) — N° 185. M. Rivière (D.-J.-B.) : Contribution à l'étude clinique des aboulies et principalement de l'aboulie neurasthénique. (Président, M. Ball.) — N° 186. M. Szysgal (David) : Etude sur la loi de régression dans la démence. (Président, M. Ball.) — N° 187 (*). Hautecœur (A.-F.) : Etude sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques. (Président, M. Peter.) — N° 188 (*). M. Mallet (H.) : Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. Encéphalite et méningite gommeuses. (Président, M. Proust).

Mercredi 6. — N° 189. M. Diney (Jules) : Etude sur le chancre syphilitique du sein. (Président, M. Fournier.) — N° 190. M. Letort (Auguste) : Les troubles de la marche chez l'enfant. (Président, M. Straus.) — N° 191. M. Callegari (Paul) : Des indications de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule. (Président, M. Tillaux.) — N° 192. M. Liber (Aug.-J.) : De la réduction des luxations de la hanche en avant par la méthode de douceur. (Président, M. Tillaux.)

Jeudi 14. — N° 193. M. Deschamps (A.-A.) : De l'hypothermie dans la méningite tuberculeuse. (Président. M. Brouardel.) — N° 194. M. Bouchinet (Alfred) : Des états primitifs de la médecine. (Président, M. Laboulbène.) — N° 195. M. Brianceau (Jules) : Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan. (Président, M. Charcot.) — N° 196. M. Toché (Paul) : Hystérie et chorée de Sydenham. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 197. M. Chrysaphis (N.) : De la curabilité de la rétroversion utérine par la réduction et la contention mécanique sans opération sanglante (Président, M. Le Dentu.)

Mercredi 20. — N° 198. M. Zentler (Maurice) : Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta. (Président, M. Pinard.) — N° 199. M. Picot (Julien) : Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. (Président, M. Pinard.) — N° 200. M. Dubost (Fréd.) : Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales. (Président, M. Pinard.)

Jeudi 21. — N° 201. M. Gremaud (Camille) : De l'influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses. (Président, M. Bouchard.) — N° 202. M. Lasvènes (Georges) : De la maladie de Basedow développée sur un goître ancien. (Président, M. Laboulbène.) — N° 203. M. Piotay (Paul) : Des pleurésies tuberculeuses. (Président, M. Proust.) — N° 204. M. Schneller (Emile) : Considérations sur la tuberculose rénale. (Président, M. Debove.) — N° 205. M. Pineau (H.-E.-A.) : Quelques considérations sur l'allaitement. (Président, M. Peter.) — N° 206. M. Duma (N.-I.) : Traitement du varicocèle par la résection du cordon. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 28. — N° 207. M. Thierry (Henri) : De la responsabilité atténuée. Etude médico-légale. (Président, M. Brouardel.) — N° 208. M. Henriquez y Carvajal (Fr.) : Des engorgements ganglionnaires de la rougeole; étude clinique et critique. (Président, M. Dieulafoy.)

Vendredi 29. — N° 209. M. Le Gall (Joseph) : La résine de Kaori et ses applications à la thérapeutique chirurgicale. (Président, M. Regnauld.)

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, consulté par le gouvernement sur les modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés, s'est réuni plusieurs fois, ces jours-ci, dans le local ordinaire de ses réunions, à l'Institut des jeunes aveugles. M. Roussel, sénateur, et M. le docteur A.-J. Martin ont été nommés, pour une nouvelle période triennale, vice-président et secrétaire général. Au début de la séance, M. Henri Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, a soumis à l'examen du conseil une demande d'avis sur la « création et la mise au concours de bourses à l'Institution nationale des jeunes aveugles ». M. le docteur Bourneville, chargé par la quatrième section du conseil supérieur de faire un rapport sur « revision de la législation relative aux aliénés », a donné ensuite lecture de son projet, qui a été discuté.

Comité d'hygiène et de salubrité de la Seine. — Dans son avant-dernière séance, le Comité d'hygiène a repris la discussion sur le projet de loi relatif à la protection de la santé publique. Le Comité a adopté les articles 1 et 2 du projet ainsi conçus :

Art. 1er. — Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement et lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité, en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet, après avis conforme du Conseil d'hygiène du département, met la commune en demeure de pro-

céder aux travaux. Si le Conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure, en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, ces travaux sont ordonnés par le gouvernement et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807. En cas d'avis contraire de la part du Conseil d'hygiène du département, le préfet transmet sa délibération au ministre de l'intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il est ensuite procédé comme il est dit au paragraphe précédent.

Art. 2. — Lorsque, même en dehors des maladies prévues par la loi du 3 mars 1882, une épidémie menace le territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1er de ladite loi.

Les chats et la diphthérie. — Les chats contractent, paraît-il, très aisément la diphthérie et par conséquent doivent être regardés comme pouvant disséminer cette maladie. Voici quelques exemples que l'office d'hygiène de Londres a fait connaître.

Un chat qui avait été en contact avec un petit garçon mort de la diphthérie, tomba malade à son tour. Il fut soigné par quatre petites filles; l'une d'elle contracta la diphthérie, et une sérieuse enquête démontra qu'on ne pouvait incriminer aucune source d'infection autre que ce chat.

Dans un autre cas, cinq enfants étaient atteints de diphthérie. Ils jouaient avec trois petits chats qui périrent l'un après l'autre, et l'autopsie montra que les trois animaux avaient succombé à la diphthérie.

Un petit garçon et une fillette de 5 et de 8 ans, qui habitaient à la campagne dans une propriété isolée, furent atteints tous deux de diphthérie. Aucun cas analogue ne s'était montré dans les environs. La mère se souvint que peu de temps avant le début de la maladie, leur chat favori avait perdu la voix et avait été pris d'une toux rauque accompagnée de suffocations; de plus l'animal ne cessait de porter les pattes à son cou, comme pour se débarrasser d'une gêne. L'animal mourut et son autopsie fit constater la diphthérie.

Douze cas semblables ont encore été observés. (*Bull. méd.*)

Avis. — On demande un jeune docteur, disposant d'un certain capital et ayant été interne dans les asiles d'aliénés, pour coopérer à la fondation d'une maison de santé consacrée spécialement au traitement des maladies mentales et nerveuses, dans une colonie française voisine, appelée à un grand avenir.

Cet établissement doit être subventionné et recevoir forcément les aliénés de toute la colonie, aucune maison de ce genre n'existant encore dans le pays.

Ecrire à M. le docteur Verrier, membre du Conseil supérieur des colonies, 15, rue des Ecoles.

A vendre ou à louer *Grande et belle propriété* admirablement située sur les bords de la Marne et dont l'organisation actuelle permettrait à peu de frais l'installation d'un vaste établissement hydrothérapique.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Propriétés antiseptiques du chloroforme.

En 1867, alors qu'on ne parlait encore de l'antisepsie externe que timidement, et pas du tout de l'antisepsie interne, M. le docteur Desprez (de Saint-Quentin) employait le chloroforme en potion dans la période algide du choléra, avec succès. On trouvera les résultats de sa pratique de cette époque dans les comptes rendus du Congrès international des sciences médicales tenu à Paris en cette même année 1867. Evidemment notre confrère ne songeait pas alors à faire de l'antisepsie interne, mais il en faisait sans le savoir.

Les résultats qu'il avait obtenus devaient l'encourager à persévérer dans cette voie. En 1876, il publiait une brochure dans laquelle il justifiait la composition de la potion dont il s'était servi en expliquant très rationnellement l'action de chacun de ses composants. Voici la formule de cette potion :

Chloroforme	1 gramme.
Alcool	8 grammes.

FEUILLETON

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS.

La Société de médecine du département de l'Aisne.

Chaque fois que j'ouvre le compte rendu des travaux des Sociétés savantes des départements, je suis toujours étonné d'y trouver beaucoup de choses intéressantes. Notez que mon étonnement n'a pas pour cause la pensée qu'il ne devrait, *a priori*, y avoir rien de bon dans ces recueils, mais dans ce préjugé que j'ai entendu répéter tant de fois, que les médecins de province ne font rien, ou, si vous aimez mieux, qu'ils n'ont pas le temps d'écrire.

Lisez le *Bulletin médical* publié par la Société de médecine du département de l'Aisne pour 1890, et vous verrez si les médecins de ce département, et surtout de l'arrondissement de Saint-Quentin, n'ont pas le temps d'écrire les faits intéressants de leur pratique.

Je signale tout d'abord, en tête de ce petit volume de 104 pages, un compte rendu des travaux de la Société, pour l'année 1889, par le secrétaire général, le docteur Zimberlin (président pour 1890), qui ne serait déplacé dans aucune de nos Sociétés savantes de Paris. Parfaitement au courant de la science, M. Zimberlin, à propos des faits qu'il analyse, les compare à ceux qui sont publiés déjà, et, lorsqu'ils soulèvent une question de doctrine, rappelle l'opinion des meilleurs auteurs à ce sujet. Il parle de l'albuminurie comme

Acétate d'ammoniaque..........................	10 grammes.
Eau..	110 —
Sirop de chlorhydrate de morphine................	40 —

Mêlez. — A prendre une grande cuillerée toutes les heures.

Et ici je cite le rapport de M. Zimberlin sur les travaux de notre confrère : « Il prouvait l'efficacité de cette potion par quelques observations personnelles et par celles du docteur Cassine dans l'épidémie de Damas en 1875, du docteur Follet dans l'épidémie de l'Inde française en 1876, et du docteur Chastang dans l'épidémie de Cochinchine en 1882. La communication de M. Desprez au Congrès médical de 1867 n'avait donc pas passé inaperçue.

En 1884, notre confrère revient sur ce sujet dans une nouvelle brochure intitulée : *Du traitement rationnel de la période algide du choléra asiatique, etc.*; et, cette fois, il songe à l'action antimicrobique du chloroforme, déjà indiquée depuis longtemps par Müntz, le professeur Bouchard, etc., dont les opinions ne faisaient que confirmer l'*a priori* de M. Desprez : « Le chloroforme à dose infinitésimale, dit-il, suspend toute fermentation, et la vie des micro-organismes, le bacille virgule du docteur Koch, ne doit pas faire exception à cette loi. » Les autres substances médicamenteuses contenues dans la potion contribuent peut-être à assurer le succès; le chloroforme lui-même agit peut-être encore autrement que comme antiseptique, mais je me borne ici à cette propriété.

Comme il n'y a pas de meilleur argument que les chiffres, je vais mentionner ceux que donne M. Follet dans son rapport sur l'épidémie de l'Inde française.

Cas de choléra, 297; — morts, 168.

Cholériques traités par la méthode de M. Desprez, 136; — morts, 39; — 28,92 p. 100.

Cholériques traités par les autres méthodes, 161; — morts, 129; — 80,20 p. 100.

Gubler, Lancereaux, Dieulafoy, des psorospermies et de la maladie de Paget comme Malassez et Albarran, etc.

L'épidémie d'influenza, qui a régné en France pendant l'hiver de 1889-1890, a fait de grands ravages à Saint-Quentin et dans les environs; elle a donné lieu à plusieurs discussions au sein de la Société et à d'intéressantes considérations sur les complications qui se sont présentées, et qui ont atteint le plus souvent des sujets malades auparavant. M. le docteur Desprez (de Saint-Quentin), bien connu par ses travaux sur la résection préliminaire du maxillaire supérieur dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, l'écraseur linéaire à double chaîne, etc., a préconisé, dans le traitement curatif et prophylactique de l'influenza, l'emploi des inhalations et des pulvérisations d'eau chloroformée, moyen qui lui a donné d'excellents résultats. J'ai cru devoir consacrer un article spécial à cet emploi de l'eau chloroformée, à laquelle M. Desprez a donné une extension systématique qui nous paraît des plus heureuses. (Voir le *Bulletin*.)

M. le docteur Surmay (de Ham), membre correspondant de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine et membre très actif de la Société, quoique habitant le département de la Somme, a communiqué plusieurs observations : sarcome myxomateux du médiastin ayant comprimé la trachée, provoqué des accès de suffocation et finalement la mort dans un de ces accès; — chondrome intercostal extirpé presque en entier, bien qu'il fallût le poursuivre dans le thorax, au voisinage du péricarde, à une profondeur de 10 centimètres; — fracture de la clavicule par contraction musculaire et abaissement brusque de l'épaule; — spina bifida s'étendant du sacrum au crâne.

Ces chiffres, conclut M. Follet, parlent assez haut d'eux-mêmes et n'ont pas besoin de commentaires.

Continuons l'historique de la question.

En 1884, M. Cunéo, médecin en chef de la marine, administre le chloroforme en inhalation contre le choléra et obtient un résultat immédiat excellent.

En 1888, les expériences *in vitro* et *in anima vili* de Salkowski viennent montrer à nouveau l'action microbicide de l'eau chloroformée, et, à plus forte raison, du chloroforme contre le bacillus anthracis et celui du choléra, et donner ainsi une sanction scientifique et expérimentale à la méthode empirique de M. Desprez.

La même année, le docteur Stepp, se fondant sur les propriétés antiputrides et microbicides de cet agent, emploie l'eau chloroformée contre l'ulcère de l'estomac et la fièvre typhoïde, et propose d'en faire usage contre le choléra. Enfin le docteur Silling emploie les pulvérisations d'eau chloroformée contre la coqueluche et obtient d'excellents résultats. M. Desprez, se basant sur la contagiosité de cette maladie et admettant sa nature microbienne, avait déjà utilisé contre elle les vapeurs de chloroforme, et a fait, à ce sujet, une communication au Congrès international d'hygiène et de démographie de 1889.

Je renvoie, à ce mémoire, à un autre de M. Desprez au même Congrès sur l'application du chloroforme aux affections épidémiques et contagieuses, et en particulier au choléra, et, enfin, à un résumé de M. Deniau dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1884, pour les points de la question que j'aurais laissés dans l'oubli.

Une fois admise l'action antimicrobique du chloroforme, confirmée par les excellents résultats obtenus dans le choléra et la coqueluche, notre éminent confrère devait naturellement songer à l'administrer dans les autres maladies microbiennes ou contagieuses ; c'est ainsi qu'il le prescrivit dans le traitement de la scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie et de la tuberculose; enfin, en dernier lieu, de l'influenza.

M. Cassine (de Saint-Quentin), secrétaire général de la Société pour 1890, a inséré dans les bulletins des observations relatives à l'adénopathie trachéo-bronchique ;— à l'hémimélie thoracique ; — à l'occlusion intestinale, causée ici par un gros calcul biliaire qui a pu être éliminé spontanément au moment où on allait pratiquer la laparotomie, comme dans le cas intéressant communiqué par M. le docteur Thiriar (de Bruxelles) au dernier Congrès français de chirurgie ; — à une tumeur fibreuse du péritoine ; — à un accouchement trigémellaire, mené à bon fin par notre confrère et dans des circonstances particulièrement difficiles, car un des fœtus se présentait par le dos, présentation si rare qu'elle est même niée par plusieurs auteurs ; les trois enfants sont sortis vivants ; — à un accouchement d'un hydrocéphale se présentant par le siège.

M. le docteur Cambus (de Bohain) a rapporté un fait de grossesse extra-utérine terminé par la mort du fœtus au cinquième mois et sa résorption progressive.

M. Billaux (de Saint-Quentin) a présenté un cas d'autographisme chez une jeune fille de 27 ans n'ayant offert jusqu'alors aucun signe pouvant être rattaché à l'hystérie ; — un forceps construit sur les mêmes principes que celui de Tarnier, mais simplifié ; — un procédé pour rendre rapidement aseptiques les fils à ligature, et qui consiste à les laisser tremper dans le chloroforme, nouvelle application des idées de M. Desprez sur les propriétés antiseptiques de cette substance.

Le président actuel de la Société, M. le docteur Zimberlin (de Crépy-en-Laonnais), a fait un court mais très substantiel rapport sur une petite épidémie de variole circonscrite à un village, et qui fut rapidement arrêtée grâce aux vaccinations et revaccina-

Les résultats de sa pratique ont été résumés dans une communication faite à la Société de médecine de l'Aisne en 1890, et son intérêt nous autorise à la reproduire ici *in extenso*.

De l'application du chloroforme aux affections épidémiques et contagieuses, et en particulier à l'influenza,

Par M. le docteur DESPREZ (de Saint-Quentin).

Depuis le moment où mon travail sur le choléra a été communiqué à la Société de médecine de l'Aisne et aussi au Congrès d'hygiène de Paris en 1889, nous avons eu l'influenza, étrange maladie d'une expansion si phénoménale qu'on avait peine à y croire. Sa généralisation si rapide et un ensemble d'accidents d'apparence infectieuse me firent croire immédiatement à la présence d'un micro-organisme dont les spores multipliés à l'infini allaient frapper toute une grande région en même temps.

C'est alors que je mis en jeu, sous formes très variées, les vapeurs du chloroforme en inhalations directes et légères, — l'eau chloroformée au millième en boissons : thé, tilleul, lait, etc.; — une légère quantité de chloroforme était presque toujours associée aux éléments indiqués du traitement.

Les résultats d'une rapidité prodigieuse que j'ai obtenus, pendant les trois premiers mois de cette année 1890, par le traitement au chloroforme discrètement administré, se sont manifestés sur une si large échelle, et dans les cas les plus graves que, pour moi, il était bientôt établi que cette redoutable affection était aussi facilement domptée que le choléra par les préparations chloroformées.

Partageant mon enthousiasme pour les préparations à base de chloroforme, M. Jeannequin, chef d'institution à Saint-Quentin, eut l'idée, que j'encourageai fort, de pulvériser largement, dans les dortoirs et dans les salles d'étude, de l'eau chloroformée au 5/1000es (1/5000e).

Depuis la fin de décembre, où l'épidémie commença à prendre en ville un développement sérieux, la pulvérisation fut faite très largement et, chose très remarquable, pas une des personnes qui résidaient complètement dans ce lieu, — 55 élèves internes et le personnel de la maison, — ne fut atteinte d'influenza.

Seul, un élève qui alla passer à Bohain, en février, quelques jours dans sa famille atteinte d'influenza, revint avec les symptômes de la maladie; il fut traité ce jour-là au chloroforme en boisson et en pulvérisation.

---

tions. Sur 120 vaccinés et revaccinés, il y eut 77 succès, chiffre qui montre bien l'utilité de la vaccine en pareil cas.

La contribution la plus importante de ce volume est due à la plume de notre collaborateur, M. Millot-Carpentier (de Montécouvez), qui exerce avec distinction la chirurgie dans une partie des départements du Nord et de l'Aisne. Nous avons lu de lui, avec grand intérêt, un travail sur les plaies d'armes à feu ayant nécessité, dans trois circonstances, l'amputation du membre atteint; — un autre sur quatorze cas de chirurgie abdominale avec deux morts; — une observation de kyste du creux poplité traité par l'ablation; la mort est survenue au cinquième jour par obstruction intestinale sans aucune complication du côté de la plaie; — un fait de spina ventosa de l'index traité par la désarticulation du doigt et suivi de guérison; — d'autres faits dont voici le résumé : volumineux lipome trilobé situé sous l'aponévrose du grand oblique de l'abdomen; l'ablation a été suivie de réunion par première intention; — rupture des veines superficielles du pli du coude à la suite d'un violent effort pour éviter une chute; épanchement considérable de sang dans toute la région; guérison; — phlegmon de la paroi latérale gauche de l'abdomen; application intempestive d'un bandage inguinal; ouverture de l'abcès; guérison; — monstruosité par vice de conformation (monstre autosite de G. Saint-Hilaire); opération de syndactylie et redressement par un appareil silicaté de l'incurvation anormale des deux pieds; — enfin, une note sur l'emploie de la cocaïne en chirurgie.

D'autres confrères ont encore pris part aux discussions soulevées par ces communi-

Cet élève retourna, le lendemain, chez ses parents, où il suivit le traitement au chloroforme, qui lui avait été prescrit, et, trois jours plus tard, il rentrait guéri à sa pension.

C'est le seul cas d'influenza contracté par les internes de la pension Jeannequin, pendant qu'en face se trouvait une grande maison de commerce où 35 personnes, sur 40, furent prises d'influenza.

Quant aux externes qui fréquentaient les classes, ils ont été généralement épargnés par l'épidémie bien plus que les autres membres de leurs familles.

Il paraît au moins très probable, sinon certain, que cette influence remarquable du chloroforme en vapeur et de l'eau chloroformée, prise à l'intérieur ou à l'état pulvérisé contre le micro-organisme de l'influenza et les autres affections contagieuses, est due en grande partie à la grande richesse en chlore de la molécule du chloroforme ($C^2H\ Cl^3$) qui se décompose en présence des matières organiques pour les transformer.

J'ai déjà vu, dans ma pratique personnelle, un certain nombre de coqueluches, de scarlatines, de rougeoles, de fièvres typhoïdes admirablement et rapidement transformées par l'usage interne et externe du chloroforme.

Le traitement à base de chloroforme, dans la pneumonie infectieuse, m'a donné des résultats d'une efficacité et d'une rapidité prodigieuses.

Dans le croup, d'après ce que j'en ai vu, je crois qu'il est l'élément le plus puissant de guérison.

Dans la tuberculose au premier et même au deuxième degré, j'ai vu des résultats très encourageants depuis plusieurs années déjà, surtout si le chloroforme est associé à la créosote, au quinquina et à une bonne hygiène. En un mot, l'influence puissante à dose infinitésimale sur les micro-organismes me fait placer le chloroforme bien au-dessus de l'éther et des vapeurs de térébenthine, dont l'efficacité n'est pas douteuse.

Ces résultats, annoncés par un observateur habile, instruit et consciencieux, et qui ont d'ailleurs été confirmés par la pratique de plusieurs de ses confrères, méritent évidemment d'attirer l'attention. L'administration du chloroforme *intus et extra*, telle que l'emploie M. Desprez, n'est ni difficile ni dangereuse; de plus, elle est efficace; à ces différents titres, elle est digne d'être recommandée, et nul doute que les praticiens n'y aient recours, dans le traitement des affections microbiennes, soit isolément, soit concurremment aux autres médicaments antiseptiques. L.-H. PETIT.

---

cations, entre autres MM. Gaglioso (d'Hargicourt); Geoffroy (de La Fère); Delaissement, Mourette, Turbaux (de Saint-Quentin); Lemoine (d'Origny-Sainte-Benoite), etc.

Beaucoup de nos confrères, de Paris et d'ailleurs, aiment à se délasser de leurs rudes travaux professionnels en enfourchant Pégase, à telles enseignes qu'on a pu faire un volume de leurs œuvres poétiques, et qu'on en ferait bien encore un autre sans se donner beaucoup de peine. On pourrait y insérer une jolie pièce de vers que M. Zimberlin a rapportée à la fin de son compte rendu, et qui est due à la plume d'un médecin très distingué de Saint-Gobain, M. Lefranc, mort l'année dernière à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Cette pièce de vers est intitulée : l'*Association médicale.* J'en reproduis ici, comme un hommage à la mémoire de ce regretté confrère, quelques strophes.

Oui, mille fois honneur aux généreux confrères
Par qui les médecins aujourd'hui sont unis!
Que leurs noms, en nos cœurs, comme en des sanctuaires,
Gravés en lettres d'or soient pour toujours bénis!
Bénis par nous, premiers témoins de leur courage,
Témoins de leurs efforts dévoués, incessants;
Gloire à nos fondateurs! A leur tour, d'âge en âge,
Qu'ils bénissent leurs noms, nos fils reconnaissants!
Au frère indifférent qui s'isole en sa tente,
Viens, dirai-je, t'asseoir au fraternel festin!...
Si le froid égoïsme en secret te tourmente,
Viens réchauffer ton cœur auprès des hommes de bien.

— L'importante communication de M. le professeur Fournier, à l'Académie, sur la prophylaxie des nourrices et nourrissons contre la syphilis, paraît devoir soulever une grosse discussion, à cause des questions de déontologie et de secret professionnel auxquelles elle touche. Nous avons déjà parlé de ce sujet lors de la communication de M. Duvernet; nous y reviendrons quand M. Brouardel aura fait connaître son opinion à cet égard. — L.-H. P.

De la dilatation de l'artère pulmonaire,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 mai 1891,

Par P. Duroziez.

L'artère pulmonaire, un des sièges des bruits chlorotiques, est dilatée dans le rétrécissement pulmonaire tardif. On s'occupe peu de la dilatation de l'artère pulmonaire, sans rétrécissement de l'orifice; elle est commune, elle fausse la percussion de l'aorte.

L'aorte est accolée à la veine cave supérieure et à l'artère pulmonaire. Comment la dégager de ce faisceau? A droite du sternum, nous trouvons la branche droite de l'artère pulmonaire, les veines pulmonaires droites, la veine cave supérieure; à gauche, le tronc de l'artère pulmonaire et la branche gauche. Il y a, de plus, des ganglions.

La dilatation simple de l'artère pulmonaire a pour signes la matité au niveau du deuxième espace gauche, l'impulsion, le souffle simple ou double, parfois râpeux.

Hope propose, comme signe du rétrécissement pulmonaire, le souffle maximum au niveau de l'orifice et, comme signe de la dilatation du tronc, le souffle avec frémissement au niveau du tronc artériel et du deuxième espace gauche. Nous le laissons responsable.

C. Paul annonce le diagnostic entre le souffle de l'anémie et le souffle de

---

Viens t'asseoir avec nous, si le succès caresse
Tes travaux assidus par un peu de richesse;
L'or n'est un bien qu'autant qu'on sait le partager,
Viens aussi, toi qu'afflige une injuste détresse :
Nous voulons un abri pour la froide vieillesse...
Nos plaisirs les plus purs, à nous... c'est soulager!
Oh! viens! Que tes efforts soient réunis aux nôtres,
Pour fonder avec nous la confraternité,
Pour relever notre Art, prêcher, nouveaux apôtres,
Le règne du Savoir et de la Dignité!

N'avais-je pas raison de dire en commençant qu'on travaille dans les Sociétés médicales des départements? Ce que nous venons de voir dans le *Bulletin de la Société de médecine de l'Aisne* en est une preuve convaincante. Nous partageons absolument l'avis de M. Zimberlin, à savoir que les communications dont nous venons de parler sont importantes non seulement par leur nombre, mais aussi par leur étendue et leur valeur, et nous sommes heureux de rendre à nos confrères de l'Aisne cet hommage public et de leur envoyer nos sincères félicitations pour leur intéressant volume.

L.-H. Petit

la dilatation simple; il l'oublie et ne parle pas de diagnostic entre le rétrécissement et la dilatation simple.

La localisation du souffle au niveau du deuxième espace gauche appelle l'artère pulmonaire, à moins que ce ne soit l'aorte qui ait changé de place. Nous ne tenons pas la lésion, ou du moins un souffle ne suffit pas pour la caractériser. C. Paul dit qu'il ne faut pas chercher le maximum, mais le caractère qu'on ne trouve qu'avec le caoutchouc. L'oreille et le caoutchouc ne donnent pas la même impression, ne donnent pas le même maximum; nous en avons fait l'épreuve avec Legroux. Nous préférons l'oreille au caoutchouc. Nous plaçons le maximum où la strideur est le plus forte, s'il y a strideur; où le souffle est le plus fort, s'il n'y a que du souffle.

Grande dilatation de l'artère pulmonaire. — Hypertrophie et dilatation du cœur. (HOPE : *Maladies du cœur.*) — Sarah Wetherly, 36 ans. Dyspnée. Ascite. Œdème des pieds. Pouls 70, large, plein, un peu tendu. Oppression depuis dix ans, après un *choc* de la poitrine contre une porte. Il y a huit mois, les règles sont supprimées par un refroidissement; les accidents datent de ce moment. Œdème trois mois après, disparition des règles. Large matité de la région précordiale, voussure, battement et frémissement au niveau des deuxième et troisième cartilages gauches. Impulsion forte sur une large surface, surtout à gauche. Battement épigastrique. Bruit de scie fort et rude, superficiel, sur une large surface, à maximum au niveau du deuxième espace gauche. Elle meurt un mois après l'admission.

Autopsie. — Le cœur s'avance à gauche, hypertrophié et dilaté surtout pour les cavités gauches. L'*artère pulmonaire est très dilatée.* La circonférence, près des valvules, mesure 10 centimètres et, à mi-chemin de l'orifice et de la bifurcation, 11 centimètres. Les sigmoïdes sont bridées et petites. L'aorte est un peu étroite, la mitrale légèrement épaissie. Le péritoine contient 1,500 grammes de sérum. Le foie est gros et dur.

Hope ne tient pas compte du traumatisme à partir duquel les accidents ont commencé.

Oblitération prématurée du trou interauriculaire. — Vieussens observe, en 1706, un nouveau-né, bien formé, dont la respiration est gênée, la voix basse et enrouée, la surface du corps d'une couleur plombée, les extrémités froides, les yeux éteints. Mort dans l'espace de trente heures. Les poumons sont gonflés; la poitrine contient une livre de sérosité. Le ventricule droit est dilaté; le *tronc de l'artère pulmonaire l'est extraordinairement.* Aucun vestige du trou ovale.

Il manque des détails à l'observation, que nous citons à cause de l'oblitération prématurée du trou ovale, à l'aide de laquelle nous avons cherché autre part à expliquer le rétrécissement mitral pur congénital.

Chez une phthisique, nous sentons des battements au niveau du deuxième espace gauche. On entend un souffle fort au premier temps. On ne peut délimiter la matité, à cause de l'induration pulmonaire.

Chez la femme Gladieu, atteinte de gangrène du poumon, nous notons au niveau de l'artère pulmonaire un double souffle avec matité.

C. Paul a donné, comme un des signes différentiels entre les rétrécissements tardifs et les rétrécissements congénitaux, la dilatation de l'artère pulmonaire. Il cite :

Obs. de Devilliers : Divisions de l'artère pulmonaire larges. Le tronc, uniformément dilaté, à parois minces non altérées, mesure 10 centimètres.

C. Paul : L'artère, à parois amincies, mesure 16 centimètres près de la bifurcation.

Ch. Bernard : L'orifice a la dimension ordinaire, 8 centimètres. Au-dessus de ce point, jusqu'à la bifurcation, l'artère mesure 11 centimètres.

Crudeli : La circonférence de l'orifice mesure 95 millimètres; le tronc, 15 centimètres.

Solmon cite un cas de rétrécissement, tardif comme les précédents, où il a mesuré 15 centimètres.

Duguet et Landouzy ont noté 10 centim. 1/2. Au niveau de l'accolement avec l'aorte, sur une surface large comme une pièce de 2 francs, l'endartère est dépolie.

Nous trouvons l'endartère plus profondément atteinte au même endroit dans une observation de Hope.

Lady R..., 60 ans, asthmatique. Oreillette et ventricule droits dilatés. L'artère pulmonaire, à l'endroit où elle croise l'aorte, présente une tache large comme un shilling, de couleur sombre, que la moindre friction convertit en trou; plus loin, elle est ossifiée.

Les auteurs varient trop dans les dimensions de l'orifice pulmonaire normal pour que l'orifice ne varie pas. Les mensurations sont sujettes à beaucoup d'erreurs. Chacun trouve que le voisin s'y est mal pris et a réuni des cas disparates.

Peacock attribue les divergences à ce que l'un mesure l'orifice à l'insertion des valvules, l'autre à leur bord libre. Suivant qu'on mesure l'artère, sectionnée ou non, on trouve deux mesures différentes.

L'artère pulmonaire, comme les veines, subit dans son calibre des variations.

On ne peut calculer la dilatation habituelle de l'artère pulmonaire que par la percussion et par approximation. L'aorte fausse le résultat.

Nous donnons les mensurations suivantes plutôt pour montrer les écarts et les difficultés que pour fournir un étalon.

Pour l'*état sain,* Bizot donne 74 millim. chez l'homme, 67 chez la femme. Age, de 16 à 79 ans. 60 cœurs.

Reid : 94 millim. chez l'homme, 88 chez la femme; le cœur pesant de 196 grammes à 378. 16 hommes et 9 femmes.

Ranking : 67 millim. pour l'homme, 63 pour la femme. 15 hommes de 26 à 65 ans et 17 femmes de 18 à 62 ans.

Peacock : 90 millim. chez l'homme, 88 chez la femme. 16 hommes et 13 femmes de 20 à 66 ans. Le cœur pesait de 190 grammes à 340.

A l'état sain, l'orifice pulmonaire mesure 74, 94, 67, 90 millim. chez l'homme; 67, 88, 63, 88 millim. chez la femme, suivant les différents auteurs.

Dans l'état de maladie, Peacock, pour l'orifice pulmonaire, donne, *chez les hommes :*

Dans l'hypertrophie simple, comme le plus large, 120 millim.; le plus étroit, 80; moyenne, 100.

Dans les lésions de l'orifice aortique ou de l'aorte; moyenne, 100.

Dans l'insuffisance aortique, aux deux extrêmes, 94 et 135; moyenne, 120. 7 cas de 32 à 57 ans. Poids du cœur, 322 grammes, 952 grammes; moyenne, 520 grammes.

Chez les femmes :

Lésion de l'orifice aortique (obstruction) de 76 à 82 millim.; moyenne, 80 pour l'orifice pulmonaire.

Insuffisance aortique; moyenne 80 millim.

Lésion de la mitrale; moyenne, 78 millim.

Lésion combinée de la mitrale et de l'orifice aortique; moyenne, 80 milim.

On est étonné des deux moyennes de l'orifice pulmonaire dans l'insuffisance aortique chez l'homme et chez la femme; d'un côté 120 millim., de l'autre 80. Quel rapport y a-t-il entre l'insuffisance aortique et la dilatation exagérée de l'orifice pulmonaire?

Conclusions. — La dilatation de l'artère pulmonaire est aussi commune que celle des cavités droites.

Elle ne doit être mesurée que sur le vivant; elle disparaît sur le cadavre quand elle n'est pas compliquée de l'induration des parois.

On perçoit, au niveau du deuxième espace gauche, de la matité, des battements et du souffle.

Peacock a montré la dilatation de l'orifice pulmonaire liée à l'insuffisance aortique chez l'homme.

REVUE DES THÈSES

Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire, par J. Cuilleret. Paris, O. Doin, 1891.

L'épididyme peut être atteint par la syphilis à ses diverses périodes, comme le testicule, et être atteint isolément. L'épididymite isolée est une manifestation fréquente de la période secondaire et se montre surtout à son début.

L'infection, pendant la période secondaire, porte pour une bonne part sur le système lymphatique. Or, l'épididymite, soit en raison de son époque d'apparition, soit en considération de sa tendance spontanément régressive, soit enfin à cause des autres accidents observés habituellement à l'époque de son existence, mérite d'être classée parmi les accidents dits secondaires.

On peut la considérer comme ayant son siège limité au tissu interstitiel péricanaliculaire de l'épididyme. Par ses caractères propres, elle se différencie nettement des épididymites placées sous la dépendance de la blennorrhagie, de la tuberculose et des affections des voies génito-urinaires.

Cette épididymite, à cause de sa marche très rarement aiguë ou subaiguë et le plus souvent chronique, passe inaperçue du malade et ne peut être découverte que quand on examine régulièrement les bourses de tout syphilitique.

Sa signification, comme symptôme local, est bénigne; l'épididymite secondaire est, en effet, spontanément régressive; elle paraît limitée au tissu péri-épididymaire; elle n'évolue jamais vers la destruction de l'organe; elle laisse les fonctions génésiques intactes.

A un point de vue général, elle indique une vérole qui doit être traitée soigneusement et qui peut présenter des accidents ultérieurs sérieux.

Son existence, sous forme de noyau dur, petit, osseux, localisé à la tête de l'épididyme, chez un sujet qui n'a pas d'autre raison pour avoir cet organe malade et qui ne présente pas les manifestations contemporaines habituelles de la syphilis, doit faire soupçonner chez lui l'existence de cette dernière.

L'épididymite secondaire cède généralement au traitement général mercuriel seul. Dans les cas d'insuccès, l'iodure et le mercure associés en ont rapidement raison, et l'organe revient à son état absolument normal. Dans le cas bien rare de forme aiguë ou suraiguë, le repos et le port d'un suspensoir sont indiqués. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Spasmes des muscles du cou. — Hystérie et chorée de Sydenham.*

M. Du Cazal : Les observations de spasmes fonctionnels des muscles du cou ne sont pas communes. On désigne ces spasmes sous les noms de tic rotatoire, tic convulsif, hyperkinésie des muscles du cou, etc., mais on ne sait à peu près rien sur leur nature et sur leur pathogénie. M. Du Cazal vient d'en observer deux cas, et il présente à la Société le malade qui fait le sujet de la première observation.

C'est un homme de 39 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. A 20 ans, cependant, il commença à présenter un tic : il levait brusquement les épaules, rejetait la tête en arrière comme dans ce qu'on pourrait appeler le tic du « sac au dos ». Ces spasmes devinrent plus fréquents dans ces dernières années, surtout après les fatigues.

Depuis quelque temps, ce malade a de véritables manies : il ne peut voir le moindre désordre, des objets placés non symétriquement, par exemple, sans être tourmenté de l'idée de les mettre en ordre : quand il cause avec quelqu'un dont l'uniforme est déboutonné, il ne peut s'empêcher de le reboutonner; si, dans ce cas, il n'est pas assez intime avec son interlocuteur, il souffre tellement qu'il est obligé de cesser l'entretien et de s'en aller au plus vite.

Depuis juillet 1889, il éprouve sous le bras droit une sorte de lassitude douloureuse qui l'empêche d'écrire et qui s'étend quelquefois jusqu'à la nuque. Enfin, depuis décembre 1889, son état s'est aggravé et les spasmes du cou datent de cette époque.

Voici en quoi ils consistent : la tête exécute d'abord plusieurs mouvements saccadés dus à des contractions cloniques du sterno-mastoïdien; puis elle est vivement attirée à droite par une contraction tonique très douloureuse. La durée du tic est de quelques secondes, puis il recommence presque aussitôt après. Ces contractions sont quelquefois si rapprochées qu'elles empêchent le sommeil; elles disparaissent quand le malade parvient à dormir; la moindre émotion les exagère. En même temps, l'épaule gauche est soulevée par des contractions du rhomboïde et du trapèze; il y a aussi des mouvements associés du bras droit.

Le malade peut, par certains actes, arrêter ces spasmes; il lui suffit, en effet, pour cela, de chanter, ou de tirer la langue ou de se regarder dans une glace. Mais il lui est absolument impossible de lire.

Dans la deuxième observation de M. Du Cazal, il s'agit d'un officier de 47 ans, d'un tempérament sec et nerveux, sans tare héréditaire. En novembre dernier, ses spasmes débutèrent; la tête se portait tantôt à gauche, tantôt à droite; elle était quelquefois rejetée en arrière. Bientôt, les secousses augmentèrent de fréquence et d'intensité. Actuellement, le malade porte penchée en arrière sa tête que des secousses spasmodiques entraînent à chaque instant vers l'épaule gauche. C'est le muscle sterno-mastoïdien qui est surtout le siège des convulsions; le trapèze est peu touché; ces muscles ont leur volume normal et ils répondent normalement aux excitations électriques. L'état général est bon; le malade dort bien, mais il lui est impossible de lire; les mouvements s'exagèrent quand on le regarde. Il ne présente aucun trouble de la sensibilité.

Duchenne (de Boulogne) rapprochait ces spasmes de la crampe des écrivains et pensait qu'ils sont dus à un surmenage du sterno-mastoïdien. Cette théorie, que M. Sevestre invoqua en 1882, pouvait s'appliquer au malade qu'il présenta à la Société à cette époque et qui était tourneur. Mais une telle cause ne peut être admise pour les deux cas de M. Du Cazal. M. Ballet, en 1888, démontra que l'on pouvait rattacher quelques cas à une hyperexcitabilité médullaire due à une arthrite vertébrale, rhumatismale ou autre. Mais ici on ne trouve pas d'arthrite.

En tenant compte de l'état mental du premier malade, on pourrait penser qu'il s'agit d'un tic convulsif; mais M. Charcot a insisté sur les différences qui séparent les tics convulsifs véritables de ces spasmes absolument involontaires.

M. Vigouroux a signalé dans les spasmes fonctionnels une hypertrophie du muscle symétrique, mais ces lésions ne sont pas constantes et n'existent pas chez les malades de M. Du Cazal.

Au point de vue thérapeutique, M. Charcot a montré plusieurs cas de guérison par l'électricité. Chez ces deux malades, le traitement électrique appliqué par M. Vigouroux n'a pas donné de résultats.

M. Ballet : Il y a certainement une théorie pathogénique applicable à tous les cas de spasmes fonctionnels, sauf toutefois ceux qui dépendent d'une arthrite et que M. Du Cazal a bien voulu rappeler. La théorie de Duchenne est trop étroite; pour lui, un centre fonctionnel fatigué, surmené, se révolte, pour ainsi dire, et le spasme se produit. Mais, il est à remarquer que ces spasmes surviennent presque toujours chez des tarés et des héréditaires. Dans le cas de crampe des écrivains, par exemple, on trouvera bien souvent, en cherchant attentivement, des antécédents indéniables; d'ailleurs, elle ne se produit pas toujours chez des individus écrivant beaucoup.

Qu'il s'agisse de crampe des écrivains ou d'un autre spasme, on trouve la tare nerveuse. Les malades de M. Du Cazal semblent être dans ce cas. Ils paraissent être, eux aussi, des dégénérés. Il ne faudrait point d'ailleurs considérer leur spasme comme d'origine périphérique; les contractions ne sont pas, en effet, limitées aux muscles innervés par le spinal. Il s'agit bien d'un trouble d'origine centrale. De plus, l'un deux est véritablement atteint de manie, la manie de l'ordre. Celui que M. Du Cazal vient de présenter présente l'arrêt de développement des oreilles que Morel (de Rouen) considère comme caractéristique de la dégénérescence héréditaire; ses oreilles, en effet, ne sont pas ourlées et leur lobule est adhérent.

M. Du Cazal a dit que chez l'un de ses malades l'action d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, suffit pour arrêter les spasmes. Ceci arrive, on effet, quelquefois. M. Ballet a observé un malade atteint de spasme des paupières; or ce spasme cessait quand le malade jouait du violon. On pouvait donc espérer, en provoquant un spasme de la main gauche, supprimer le spasme palpébral. C'est, en effet, ce qui se produisit lorsque M. Ballet eut conseillé au malade de tourner un rouleau dans sa main gauche. Ceci vient encore confirmer la théorie de l'origine centrale de ces spasmes, qui semblent dus à des sortes de décharges nerveuses que l'on peut dériver sur une région ou sur une autre.

M. Rendu : la théorie de l'origine centrale de ces spasmes est encore confirmée par une thérapeutique en usage en Angleterre, la section du nerf spinal. Dans une observation publiée récemment dans le *British med. Journal*, un chirurgien sectionna d'abord le spinal pour un spasme du cou. Le spasme disparut, puis reparut au bout de huit jours; le chirurgien réséqua alors quelques centimètres du nerf.

Pendant trois semaines, la malade se crut guérie; mais, au bout de ce temps, les contractions reparurent. Enfin ce ne fut qu'après la section des nerfs des muscles splénius et complexus que la guérison fut obtenue.

M. Raymond partage l'opinion de M. Ballet et regarde les individus atteints de spasmes fonctionnels comme des dégénérés. Il cite deux cas qu'il a observés et où l'influence de l'hérédité nerveuse est indéniable.

M. Du Cazal rappelle, à propos de l'intervention chirurgicale dont parlait M. Rendu, que M. Tillaux a fait, sans aucun résultat, une semblable opération sur une malade de M, Desnos. M. Du Cazal ne l'a donc point conseillée à ses malades; d'autant plus que, dans certains cas, on a vu le tic passer du côté opposé à la suite de l'opération.

— M. Laveran : MM. Debove, Comby, Chantemesse, ont récemment appelé l'attention de la Société sur la chorée hystérique se présentant avec tous les caractères de la chorée de Sydenham. Voici deux nouvelles observations de ce genre.

La première a déjà été publiée en 1877 (thèse de Lallemand) et présente beaucoup d'analogie avec celles de M. Debove et de M. Chantesse. Il s'agit d'un sergent-fourrier très nerveux, qui, à la suite d'une colère, fut pris d'une crise d'hystérie avec aphasie transitoire. Il n'avait jusque-là jamais eu de crise. Quelques heures après survinrent des

mouvements choréïques, absolument semblables à ceux de la chorée de Sydenham, et surtout accentués dans les muscles du membre supérieur et du cou; moins accentués dans les membres inférieurs, ils gênaient cependant la marche. L'aphasie transitoire fut remplacée par le bégaiement hystérique s'accompagnant d'hyperesthésie générale sans anesthésie. A plusieurs reprises de grandes attaques d'hystérie se produisirent. C'était donc un cas d'hystérie confirmée avec chorée simulant à s'y méprendre la chorée de Sydenham.

Dans la seconde observation il s'agit d'un jeune soldat n'ayant jamais eu d'attaques d'hystérie; depuis trois ans cependant, il avait de temps en temps des mouvements involontaires des membres supérieurs. Quelques jours après son entrée au Val-de-Grâce il fut pris d'une de ces crises. C'est d'abord une sensation de constriction de la poitrine et du cou, une sorte d'angoisse; puis surviennent les mouvements involontaires simulant l'action de ramer; il est impossible au malade d'arrêter ces mouvements qui durent plusieurs minutes. On trouve en même temps une hémianesthésie incomplète du côté gauche avec rétrécissement du champ visuel de ce même côté.

Depuis le 2 février sont survenus des mouvements choréïques irréguliers, interrompus seulement de temps en temps par des mouvements de chorée rythmique.

— A propos de ces deux observations d'hystérie confirmée, M. Laveran fait remarquer que cette névrose semble devenir de plus en plus commune chez l'homme. Sans doute on ne la diagnostiquait pas toujours autrefois, alors qu'on ne connaissait pas ses multiples manifestations; mais le nervosisme néanmoins semble se généraliser et envahir toutes les classes de la Société, tant chez les habitants des villes que chez les habitants des campagnes.

M. Raymond pense que si l'hystérie mâle parait plus fréquente c'est parce qu'on sait la diagnostiquer aujourd'hui. Il en a été de même pour l'ataxie locomotrice; elle parut d'abord très rare, et l'on constate actuellement qu'elle est très commune.

M. Ballet ne croit pas non plus à la multiplication réelle des cas d'hystérie mâle.

FORMULAIRE

Pommade antinévralgique. — Bertrand.

Vératrine	0 gr. 30 centigr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20 centigr.
Axonge	30 grammes.

F. s. a. — Il est bon de dissoudre la vératrine dans un peu d'alcool, avant de l'incorporer à l'axonge. — Frictions au moment du paroxysme, jusqu'à disparition complète de la douleur, dans le cas de névralgie faciale ou de migraine. D'après l'auteur, 2 à 3 frictions suffisent pour amener la guérison. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Azéma (de Saint-Félix-de-Lodez), L.-P. Chabrely (de Bordeaux) et Ducroix (du Creuzot).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie.* 2 ou 3 à chaque repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement hygiénique du mal de Bright.

Ainsi que l'a si bien dit M. Lépine dans une communication faite au Congrès de Berlin, le danger d'une néphrite chronique consiste dans l'insuffisance de la dépuration du sang qui peut conduire à l'urémie.

Il faut, par le régime, favoriser l'urination et maintenir la nutrition en bon état. Ce sont là, fait remarquer le professeur de Lyon, des indications qui sont malheureusement opposées dans une certaine mesure, puisqu'il faut, à la fois, bien nourrir le malade et diminuer le travail de l'épithélium, — exciter la sécrétion et ne pas irriter le rein.

On cherche à approcher autant que possible de ces desiderata en prescrivant un régime alimentaire spécial et des pratiques hygiéniques assez minutieuses.

I

Les reins éliminent surtout les produits de la destruction des substances albuminoïdes. Ces produits ne sont pas seulement de l'urée et de l'acide urique, mais aussi des matières extractives diverses : leucine, tyrosine, créatine, créatinine, etc., toutes substances qui, d'après les recherches de Gaucher, pourraient provoquer le développement de néphrites. Parmi nos aliments un certain nombre, tels que les fromages faits, les gibiers faisandés, contiennent ces substances toutes faites; d'autre part, lorsque le tube digestif fonctionne mal, lorsque les liquides fournis par les diverses glandes annexes de ce tube sont en quantité insuffisante ou de composition anormale, il se produit facilement des décompositions des matières albuminoïdes, des peptonisations imparfaites, qui arrivent à fournir à l'absorption des matériaux très irritants pour le rein. Senator a vu survenir de l'albuminurie chez les gens bien portants à la suite de l'absorption d'une quantité exagérée de substances azotées, et il rattache, en grande partie, cette albuminurie à l'irritation produite sur le rein par les produits terminaux de la métamorphose albumineuse. De son côté, Hartmann, en prenant un kilogramme de jambon par jour, eut rapidement de l'œdème (deuxième jour), puis de l'albuminurie (quatrième jour). Il est vrai qu'il échoua dans deux autres expériences. MM. Lecorché et Talamon rattachent, du reste, à l'élimination longtemps prolongée des produits d'une digestion viciée un certain nombre de maladies de Bright auxquelles il est impossible de découvrir une cause bien nette.

Lorsque le rein est déjà malade, il est habituel de voir l'alimentation très

azotée augmenter immédiatement la quantité d'albumine qui passe dans l'urine. De plus, quand le cœur est atteint, une alimentation de ce genre accroît son travail, car, comme le rein est insuffisant, la pression sanguine doit augmenter pour produire une élimination suffisante. Dans ces conditions, la faiblesse du cœur arrive rapidement et l'on a tous les accidents de l'asystolie brightique.

D'une façon générale, donc, les brightiques ne doivent pas introduire dans leur alimentation les viandes noires, les gibiers faisandés, le bouillon, l'extrait de viande de Liebig, si riches en ptomaïnes. Ces ptomaïnes se produisent immédiatement après la mort (Gautier), mais celles qui prennent naissance dans les quatre premiers jours ne sont pas toxiques. Plus tard leur toxicité devient rapidement considérable, et cependant il est des volailles dites fraîches que nous mangeons quinze jours après leur mort, la dinde, par exemple. Beaucoup de viandes de boucherie ne sont consommées que cinq ou six jours après la mort de l'animal.

Ainsi que le fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz, on peut remédier à la putréfaction par une cuisson prolongée, et le malade pourra faire usage de bœuf à la mode, de poulet au riz, de veau à la gelée; souvent le rôti de porc froid est mangé très frais, et il faudra choisir surtout les parties grasses de cette chair.

Dans les périodes de repos de la maladie, les viandes blanches, telles que le veau, la volaille (naturellement très frais), peuvent être permis. Il faudra toujours éviter les sauces et les condiments excitants.

Pour ce qui est des poissons, il est certain que certains malades paraissent les supporter très mal et qu'ils semblent chez eux augmenter rapidement l'albuminurie. Peut-être cela tient-il à l'altération si rapide de leur chair, à la présence de quelque principe inconnu (Lépine). L'huître, la moule, renferment souvent des toxiques dangereux. Senator permet les coquillages et les crustacés en petite quantité.

Cependant il ne faut pas croire que les viandes noires soient toujours défendues dans le mal de Bright. Il est, en effet, des cas ou le régime lacté et l'usage presque exclusif des végétaux et d'un peu de viandes blanches, conduisent le malade à un état d'affaiblissement prononcé. On doit alors autoriser l'introduction dans l'alimentation des viandes de bœuf ou de mouton rôties même crues (Lecorché et Talamon). Il faut alors surveiller avec grand soin le malade et analyser journellement des urines qui doivent être rendues en quantité suffisante, ne pas renfermer plus d'albumine et contenir une proportion d'urée se rapprochant de la normale. Si ces conditions ne se produisent pas, c'est que l'alimentation fortement animalisée n'est pas tolérée.

Faut-il permettre les œufs dans le mal de Bright?

La question a été très discutée. D'après Stokvis, l'albuminurie ne se produit avec les œufs que lorsqu'il ne sont pas cuits et que l'on s'en nourrit exclusivement. Œrtel ne croit pas qu'ils aient beaucoup d'inconvénients, et Fonssagrives ordonnait à ses malades de prendre de l'eau albumineuse à la dose de quatre à six blancs d'œufs pour un litre. Œrtel a introduit, dans l'estomac d'un chien du poids de 7 kilog. 500, l'albumine de vingt œufs en vingt-quatre heures, et il ne s'est pas produit d'albuminurie. A un de ses malades, qui était cardiaque et qui n'avait pas d'albumine dans l'urine, il donna, outre son alimentation habituelle, un chiffre total de 72 œufs crus en douze jours; il n'y eut pas trace d'albumine dans l'urine,

non plus que dans un autre cas où le patient prit six œufs à la coque par jour. Ainsi que le fait remarquer le professeur G. Sée qui rapporte ces expériences, il en résulte que la théorie de l'albuminurie alimentaire n'est pas absolument démontrée. Cependant Claude Bernard, ayant mangé quelques œufs durs, après avoir jeûné quelque temps, vit son urine devenir albumineuse.

Senator a discuté l'observation de Lowenmeyer qui a admis que l'albuminurie n'était pas augmentée par le blanc d'œuf. D'ailleurs, sur six cas de cet auteur, il y en a deux dans lesquels il y a eu exagération de l'élimination d'albumine. Senator a, de plus, recueilli des observations démonstratives montrant l'influence nuisible du blanc d'œuf.

Les expériences de Prior sont toutes récentes. Il a injecté de l'albumine d'œuf liquide sous la peau de différents animaux et a produit l'albuminurie dans la moitié des cas environ. Il y a, du reste, de grandes différences non seulement individuelles, mais dépendant aussi du moment de l'expérience.

Souvent la quantité éliminée a été supérieure à la quantité injectée. Après l'injection intra-veineuse, l'albuminurie est la règle. Quand on fait ingérer à des animaux de l'albumine de l'œuf cuite, ils ne présentent pas d'albuminurie même quand ils ne prennent que cette nourriture. L'albuminurie est, au contraire, très fréquente si on donne du blanc d'œuf cru. L'addition de condiments excitant la sécrétion du suc gastrique et faisant digérer l'albumine empêche l'albuminurie. Le même effet s'observe chez l'homme, mais, chez lui, les condiments n'empêchent pas toujours l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Prior a aussi recherché l'influence de l'ingestion de l'albumine chez les brightiques. Dans un cas de néphrite scarlatineuse, elle a eu pour résultat une rétention d'urée par insuffisance de l'épithélium; la même chose s'est passée dans deux cas de sclérose rénale et un de néphrite parenchymateuse. Dans une néphrite interstitielle, l'ingestion d'albumine a paru favorable.

MM. Lecorché et Talamon distinguent les œufs cuits et ceux qui sont crus ou mal cuits. Dans le premier cas, il s'agit simplement d'une alimentation azotée. Pour les œufs crus ou les œufs à la coque, les effets peuvent être différents : tantôt il n'y a pas augmentation de l'albuminurie; tantôt elle augmente, mais sans exciter le rein; tantôt, enfin, il se produit une poussée rénale aiguë. Ces différences tiennent à l'état des fonctions digestives et à celui du rein. Quand l'estomac et l'intestin fonctionnent bien, que la maladie du rein est stationnaire, les œufs sont bien supportés. Quand la nutrition se fait mal, l'excès d'albumine que charrie le sang passe par le rein. Dans ces cas, les œufs ne sont pas, à la rigueur, nuisibles; mais, comme les troubles des voies digestives peuvent apparaître d'un instant à l'autre, il vaut mieux en défendre l'usage.

Enfin, quand il y a des troubles digestifs, l'albumine de l'œuf n'est plus peptonisée normalement et elle devient très nuisible.

M. Dujardin-Beaumetz, dans l'insuffisance urinaire, autorise les œufs très cuits, sous forme d'omelettes, d'œufs brouillés, de crèmes. M. Lépine conseille de ne donner que des jaunes.

En fait, on fera bien de ne prescrire les œufs qu'avec prudence, et nous avons assez d'aliments azotés à ordonner sans y recourir.

Senator insiste beaucoup sur la valeur du régime végétarien, tout en défendant les substances piquantes (radis, raves). On peut prescrire (Dujardin-

Beaumetz) les féculents, à l'état de purée de préférence, haricots, pommes de terre, lentilles; mélanges artificiels, comme la revalescière, le racahout, la farine lactée, le chocolat. Sont encore bons : le riz sous toutes les formes, pâtes alimentaires, panades, nouilles, macaroni, fromentine, légumine; les bouillies faites avec des gruaux différents : blé, riz, orge, maïs-avoine; les légumes frais, épinards, artichauts, salades cuites; les fruits cuits et de saison. Serres (d'Alais) a vanté beaucoup l'oignon, qui n'a qu'une utilité problématique, mais que l'on peut donner sans inconvénient. Les asperges ne semblent pas être nuisibles. D'après Hamon, les légumes fibreux ou secs, les pommes de terre augmenteraient la quantité d'albumine excrétée; par contre, les marrons la diminueraient (Sassjadke). Certains légumes, tels que les haricots, sont riches en albumine végétale, mais, comme le dit M. Lépine, c'est un véritable trompe-l'œil, car, même chez l'homme bien portant, plus des quatre cinquièmes de cet azote n'est pas absorbé. (*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Deux cas de mal perforant, par M. Déjerine (1). — L'un des malades de M. Déjerine est un tailleur de pierre, âgé de 59 ans, qui a toujours eu une excellente santé et n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques. En 1871, il se développa, à la face plantaire du gros orteil gauche, un durillon qui s'enflamma et suppura; ces accidents furent suivis de l'établissement d'une fistule. Cinq mois après apparurent des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, plus violentes du côté du mal perforant. En 1882, on amputa le gros orteil et il ne s'est pas développé de nouvelles ulcérations. Mais c'est que le malade marche fort peu, car il a des douleurs au niveau des têtes des premier et cinquième métatarsiens qui s'ulcéraient très facilement. Le patient présente différents symptômes du diabète à la première période, et le début de la maladie a été le mal perforant, c'est là un fait exceptionnel. L'état est stationnaire depuis près de vingt ans, et, cependant, il n'y a pas de lésions du fond de l'œil, C'est encore une rareté, car ce n'est guère que chez les tabétiques atteints d'atrophie pupillaire que le tabès suspend ses progrès.

Le second malade présenté est un homme de 70 ans, gros mangeur, gros buveur, polyurique, ayant présenté un mal perforant avec anesthésie deux ans auparavant. Après incision et grattage, la guérison fut complète. A ce moment, les urines renfermaient 15 grammes de sucre par litre.

Ce malade est toujours diabétique. Il présente une anesthésie au toucher, à la piqûre, à la température, occupant la face plantaire des orteils et de la tête des métatarsiens, occupant même une partie du dos du pied. Il n'y a pas d'autres troubles sensitifs, mais le réflexe rotulien est aboli. Cette abolition semble coïncider souvent avec des troubles sensitifs et trophiques. Le mal plantaire semble dû à une névrite périphérique que peut amener le diabète. Tantôt les altérations des nerfs se révélaient par des névralgies; tantôt par des douleurs fulgurantes; tantôt par des anesthésies; tantôt par des paralysies avec atrophie musculaire, griffe des orteils, réaction de dégénérescence. La réunion des divers symptômes, douleurs fulgurantes, marche difficile et festonnante, îlots d'anesthésie, joints à l'abolition des réflexes, simulent l'ataxie. C'est la forme pseudo-tabétique. Ces névrites, dont la pathogénie est inconnue, se traduisent anatomiquement par une lésion analogue à la dégénérescence wallerienne. Cependant cette lésion est curable.

Il faut toujours, en présence d'un mal perforant, songer à l'ataxie et au diabète.

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

Comme traitement local, le repos et la propreté suffisent souvent; dans les cas rebelles, on recourt à l'intervention chirurgicale. L'étiologie montre toute l'importance du traitement général.

Diagnostic et traitement des pyélites, par M. A. ROBIN (1). — Il existe une forme assez rare de pyélite que l'on appelle la pyélite primitive et qui offre à son début les apparences d'une fièvre typhoïde. Une malade dont M. A. Robin raconte l'histoire, âgée de 19 ans, et d'une bonne santé habituelle, fut prise presque subitement de douleurs de reins avec céphalalgie, vertiges, sentiment de fatigue, malaise, inappétence et insomnie; en même temps survinrent quelques accès fébriles. Bientôt la jeune femme fut forcée de prendre le lit; à ce moment, elle avait absolument l'aspect d'une typhique, la température était de 39°8, la rate grosse, etc. Cependant on ne pouvait découvrir de taches rosées; quelques vésicules d'herpès existaient à la commissure labiale droite; enfin, les urines étaient rougeâtres et renfermaient beaucoup d'albumine. Après quelques jours, certains symptômes typhiques s'accentuèrent, mais la température tomba, le matin, à 36°6, en même temps que la quantité des urines augmentait considérablement. Bientôt réapparurent des douleurs de reins, en même temps que la température remontait; les urines renfermaient 3 ou 4 grammes d'albumine par litre. Enfin, du pus apparut dans le liquide urinaire et, simultanément, une deuxième défervescence se produisit. Il s'agissait donc d'une pyélite ou d'une pyélo-néphrite. Dès ce moment, la malade entra dans la phase classique des oscillations fébriles tenant à la rétention purulente et la marche de l'affection fut conforme au type habituel.

Il n'y a pas de procédé pour différencier la maladie au début de la fièvre typhoïde et, dans 15 cas qu'a observés M. Robin, il a toujours vu faire la même erreur de diagnostic jusqu'au moment où apparaissent la tumeur au niveau des reins et le pus dans les urines. Parfois, la pyélonéphrite survient à la suite de la fièvre typhoïde, mais c'est seulement à l'époque de la défervescence, dans la convalescence des typhoïdes graves.

Quelle était la cause de la pyélite dont était atteinte la malade?

La pyélite traumatique est une des plus fréquentes complications d'un traumatisme du rein et elle peut apparaître longtemps après celui-ci. Elle peut résulter du passage à travers le bassinet de corps étrangers divers : vers, hydatides, strongles, ou reconnaître une origine néoplasique : cancer, tuberculose.

Une des formes les plus fréquentes est la pyélite ascendante consécutive à la propagation d'affections des voies urinaires inférieures, à la compression des uretères par des tumeurs ou des exsudats inflammatoires, puis un utérus gravide induré ou porteur d'une tumeur. Rien de tout cela ne pouvait être invoqué dans le cas de M. Robin. Il ne s'agissait pas non plus d'une pyélite blennorrhagique. C'est une forme, du reste, très rare qu'il faut bien distinguer de celle qui est causée par les balsamiques. On devait écarter encore le diagnostic de pyélite secondaire, d'origine générale, comme on en observe à la suite des fièvres graves, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, fièvre jaune, ou à la suite de l'ostéomyélite, de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale. Enfin, il ne pouvait s'agir de la pyélite hémato-fibrineuse d'Ollivier, due à la rupture d'anévrysmes miliaires du rein et à l'irruption du sang dans le bassinet, et qui s'observe spécialement chez le vieillard.

Il ne restait donc que la pyélite primitive, décrite pour la première fois par Rayer, et dont le surmenage et le froid semblent être les principaux facteurs étiologiques.

Les caractères urologiques de la maladie sont très importants :

1° La quantité des urines est augmentée, mais c'est une polyurie trouble, spéciale;

2° Leur densité est faible, de 1004 à 1018 au maximum;

3° Elles sont très acides et il faut bien se garder de les ramener à l'alcalinité;

4° Elles ont un aspect trouble également, ne se clarifiant pas par le repos, car, au-dessus du dépôt qui se collecte au fond du vase, elles restent troubles par la seule présence du mucus qui y reste en suspension et enserre dans ces mailles les globules purulents. C'est là un caractère très important, car, quand le pus vient de la vessie, il se dépose complètement;

(1) Résumé d'après la *Médecine moderne*.

5° L'albuminurie est beaucoup plus importante que ne le comporte la proportion du pus contenu dans l'urine.

Au microscope, on remarque que le pus ne se présente pas en larges nappes, mais sous forme de flocons purulents au milieu desquels il en est de plus denses, véritables bouchons purulents, formés probablement dans les papilles rénales et auxquels on doit sans doute la rétention du pus. Ils oblitèrent l'uretère, provoquent à la suite la douleur, le développement de la tumeur, etc.; puis, sous l'influence de la visa tergo, le bouchon tombe livrant passage à l'écoulement du pus. Les symptômes locaux et généraux s'amendent alors, pour reparaître de nouveau dans la suite s'il survient une nouvelle obstruction.

On trouve encore dans le sédiment urinaire des cellules épithéliales de diverses espèces, les unes venant du bassinet, les autres de la vessie, des gouttelettes de graisse et des amas pigmentaires.

La guérison est fréquente, mais cependant la maladie est sérieuse, grave même, car elle est souvent longue et rebelle à la thérapeutique. La mort peut survenir par des phénomènes urémiques, par rupture du bassinet, ou enfin par anurie subite. D'autres fois, l'urine devient neutre ou alcaline et il naît des calculs secondaires. Enfin, il peut y avoir passage à l'état chronique ou transformation en véritable néphrite avec œdème et albuminurie chronique.

Dans la phase aiguë de la pyélite primitive, la première indication est de diminuer l'inflammation du bassinet. On y parvient par deux moyens : 1° Les *émissions sanguines;* 2° la *révulsion intestinale.*

Les émissions sanguines doivent être faites au triangle de J.-L. Petit, en raison des anastomoses qui unissent à ce niveau les veines de la capsule du rein aux veines de la paroi lombaire. Les sangsues sont préférables aux ventouses scarifiées.

En agissant sur l'intestin, on décongestionne toujours les reins. Il faut éviter les purgatifs salins et donner la préférence aux drastiques (scammonée associée au calomel; deux ou trois pilules contenant chacune 25 centigr. de scammonée et 5 centigr. de calomel).

La deuxième indication est de *rendre l'urine aussi limpide et aussi aqueuse que possible.* En prescrivant le régime lacté absolu, et de préférence l'usage du lait écrémé, on obtient ce résultat.

On doit accroître la résistance des tissus au ptomaïnes en administrant les toniques et, de plus, favoriser les oxydations.

Deux médicaments répondent à ce but, l'alcool et le sulfate de quinine. Il faut les administrer à doses faibles et fractionnées (sulfate de quinine, 25 à 50 centigr. par jour en deux paquets; alcool, 30 à 60 gr.).

Il est probable que la pyélite primitive est une affection microbienne. Le calomel donné comme révulsif sur l'intestin fait déjà passer dans l'organisme une certaine quantité de mercure qui agit comme antiseptique. La naphtaline est à éviter; elle est irritante pour les voies urinaires, provoque des douleurs lombaires, des ardeurs uréthrales, du ténesme et les urines prennent, à la suite de son emploi, une coloration brunâtre due à des produits de décomposition divers; de plus, son administration à des lapins fait naître des cataractes.

Le traitement de la période chronique est long et délicat. Avant d'admettre une guérison définitive, vous devez vous assurer, par l'examen microscopique des urines, qu'il ne reste plus de globules de pus; on doit aussi surveiller attentivement les urines, car la disparition du pus peut être momentanée. Il faut reprendre le traitement aussi longtemps et aussi souvent que le pus reparaît.

Le traitement de la période chronique comporte des règles hygiéniques et des indications thérapeutiques.

Règles hygiéniques. — Rendre le plus actives possibles les fonctions de la peau. Repos au lit. Frictions énergiques avec un liniment excitant. Exercice modéré. Eviter avec soin les refroidissements qui provoquent des congestions rénales, ainsi que l'attestent les paroxysmes *a frigore* de l'hémoglobinurie; porter, en conséquence, des vêtements chauds, flanelles, etc.

Règles thérapeutiques. — 1° Rendre l'urine limpide. Régime lacté absolu aussi longtemps qu'il sera nécessaire. Interdiction rigoureuse des viandes marinées, faisandées, du gibier, de la charcuterie. Accorder la préférence aux viandes blanches. Eviter tous les aliments qui donnent des principes irritants pour le rein. Il est très dangereux de rendre les urines alcalines; on doit donc être fort réservé dans la prescription des légumes et des fruits;

2° Rendre l'urine aseptique à l'aide des balsamiques. Ces corps ont une action antiseptique et exercent une action topique très favorable sur les muqueuses. On choisira le benzoate de soude, que l'on administrera sous l'une des formes suivantes :

a) En pilules et associé à la thériaque, quand il est mal supporté par les voies digestives.

b) En potion. Par exemple, benzoate, 4 grammes; eau de tilleul, 120 grammes, avec addition d'un sirop de framboise pour masquer la saveur du benzoate.

Il est des cas où l'estomac ne tolère pas le benzoate de soude. On a cherché à lui substituer certains succédanés, tels que le salicylate de soude et les balsamiques en nature : baume de copahu, de tolu, Canada, térébenthine, styrax, eucalyptol. On ne retire de bénéfice de ces médicaments qu'en les employant longtemps à faible dose. Pris, à dose massive, ils deviennent irritants et capables d'engendrer eux-mêmes des pyélites.

Un médicament pourra encore être utile après épuisement de l'action du benzoate de soude : c'est l'huile de Haarlem. Ce remède secret, fabriqué en Hollande, semble être fait avec des baies de genévrier et de laurier. Il se vend des flacons de prix différents. La variété que M. Robin conseille de choisir est une huile épaisse, visqueuse, répandant l'odeur de cire à cacheter.

Cette huile est difficilement tolérée. Sous forme de capsules, elle provoque du pyrosis, des crampes d'estomac. Elle a, d'autre part, un goût trop désagréable pour être prise en infusion. On peut employer le mode d'administration suivant : mélanger 10 cuillerées de baume du Canada et 50 gouttes d'huile de Haarlem; agiter jusqu'à émulsion; sucrer avec 2 cuillerées de cette émulsion une infusion de reine-des-prés que l'on donne comme tisane, en vingt-quatre heures.

Le salol, conseillé quelquefois, ne doit être employé qu'à dose modérée (jamais plus de 2 grammes par jour), car il se dédouble dans l'économie en acide salicylique, et ce denier est très irritant.

L'acide borique ou le borate de soude sont d'excellents antiseptiques, mais ils fatiguent l'estomac.

3° Agir sur le bassinet. On aura recours aux astringents, tels que l'acide gallique, le tannin, l'alun, l'acétate de plomb. Ces derniers médicaments ne doivent intervenir qu'aux périodes ultimes, au moment où les autres ont épuisé leur action. Ont peut les associer aux toniques sous la forme suivante : Iode, 0,06 centig.; acide gallique 20 centig. par cuillerée à bouche.

4° La révulsion est très utile, soit sous forme de badigeonnages iodés, soit sous celle de pointes de feu.

Quand il se produit des hémorrhagies liées à la présence de calculs dans les bassinets, il faudra les combattre par le régime lacté et le benzoate de soude associé au tannin et à l'ergotine. Contre les phénomènes douloureux, on emploiera l'opium et la belladone.

Dans le traitement hydrothérapique des pyélites, on doit éviter toutes les eaux riches en matériaux salins; telles que Vichy. Les eaux spécialement indiquées sont les eaux sulfureuses dites dégénérées, c'est-à-dire partiellement oxydées, légèrement hyposulfitées; telles que les eaux d'Olette, de Molitg, de La Preste. Comme ces eaux sont parfois un peu irritantes, on doit les réserver pour la dernière période, dans les cas où l'affection traîne en longueur. Quand il y a tendance spontanée à l'irritation, il faut s'adresser à des eaux de pur lavage : Amphion, Evian. Si l'irritabilité n'est pas très grande, on peut indiquer Vittel, Contrexéville. Enfin, certaines pyélites ont des voies digestives très susceptibles, alors on doit les envoyer à Pougues ou Wildungen.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude des connexions du cervelet, par le docteur U. Brosset, Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Envisagé au point de vue morphologique, le cervelet constitue une annexe, un système surajouté, placé sur le trajet des faisceaux cérébro-médullaires, et qui paraît exercer une certaine influence sur les incitations motrices qui vont des centres à la périphérie.

D'autre part, il est en relation non moins intime avec certaines dépendances du système centripète, celles peut-être qui, par les nerfs dits musculaires, sont aptes à lui fournir les notions nécessaires à la station ou à l'équilibre du corps.

Pour remplir ces fonctions, le cervelet est relié à l'isthme de l'encéphale par une vaste commissure dont les fibres s'étagent jusqu'au noyau rouge de Stilling, et se mettent en rapport avec les fibres cérébro-médullaires, centrifuges et centripètes.

Cette connexion s'établit, d'une part, entre les faisceaux cérébelleux et les faisceaux pyramidaux par l'intermédiaire de cellules disséminées au milieu de leurs intrications (noyaux pyramidaux, etc.); d'autre part, entre les faisceaux cérébelleux et de gros noyaux de substance grise parfaitement délimités dans l'épaisseur de l'isthme de l'encéphale (olives inférieures et supérieures, corps trapézoïde).

Les faisceaux ascendants de Goll et de Flechsig ne pénètrent dans le cervelet qu'après avoir subi une réflexion au niveau des noyaux bulbo-protubérantiels, avec lesquels ils contractent d'étroits rapports.

Ces connexions sont démontrées par l'anatomie normale, par l'anatomie pathologique (dégénérescences secondaires dans les lésions du cervelet et dans les lésions expérimentales), et par les faits cliniques. — P. N.

De l'extraction du cristallin luxé dans le corps vitré, par C. Guende. Paris, Steinheil, 1890.

Conclusions : La thérapeutique des luxations postérieures du cristallin doit entrer dans une nouvelle voie plus conforme aux progrès de la science et au rôle essentiellement conservateur de la chirurgie moderne.

L'extraction du cristallin luxé est seule capable de conjurer les accidents inflammatoires. Ceux-ci sont le terme plus ou moins éloigné de la luxation.

Jusqu'ici on a attendu, pour intervenir, l'apparition des complications. Pratiquée dans de semblables conditions, l'extraction devient en quelque sorte une tentative désespérée qui a de grandes chances d'être impuissante à enrayer la marche des accidents.

On n'est pas encore d'accord sur le meilleur mode d'extraction. Mais, d'ores et déjà, nous possédons une méthode suffisante et il ne nous est plus permis de repousser l'intervention, dans les cas où elle s'impose, sous prétexte qu'elle est impraticable. L'iridectomie, une large incision cornéenne, faite autant que possible dans le point où la lentille offre le plus de stabilité, rendront celle-ci plus accessible et plus facile à enlever. Enfin, avec de la rapidité et de la décision dans la manœuvre de l'extraction au moyen de la curette, on n'aura le plus souvent qu'une issue minime d'humeur vitrée et l'on évitera les accidents consécutifs, sinon d'une façon absolue, du moins dans des proportions telles que l'œil opéré courra des risques bien moindres que ceux auxquels il était exposé par le fait même du déplacement cristallinien. — P. N.

Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre, par R. Vangeon. — Paris, Lecrosnier, 1891.

Conclusions : Des détails que nous avons donnés, des observations que nous avons suivies même longtemps après la sortie des malades, chose qui se fait si rarement, nous sommes en droit de conclure que :

A. 1° Le traitement des endométrites chroniques par le crayon de sulfate de cuivre constitue une précieuse ressource, même dans les formes les plus invétérées;

2° La douleur qu'il produit est négligeable et n'est pas comparable à celle produite par une laminaire, par exemple ;

3° Aucun accident n'est à craindre. Il n'amène ni atrésie ni sténose;

4° La fonction menstruelle se rétablit normalement après l'opération;

5° C'est un moyen efficace et simple que le médecin sera rapidement compétent à employer.

B. 6° Le crayon de sulfate de cuivre modifie avantageusement et vite les écoulements liquides muqueux et muco-purulents du col et du corps utérin. C'est dans ces cas que l'on obtient les plus beaux succès ;

7° Il améliore toujours, il guérit très souvent les écoulements purulents;

8° Il guérit les métrites hémorrhagiques ou pyo-hémorrhagiques. Il amène parfois des complications. Un seul crayon de chlorure de zinc suffit. Il faut plusieurs crayons de sulfate de cuivre. Un seul curettage ne suffit pas toujours;

9° Il vaut les meilleurs antiseptiques intra-utérins;

10° Le curettage est préférable quand il y a complication du côté des annexes. M. Dumontpallier a maintes fois, cependant, employé le crayon de chlorure de zinc sans le moindre accident et avec succès. Le crayon de sulfate de cuivre est moins énergique que celui de chlorure de zinc. Il n'est pas toujours aussi efficace. Il a la même efficacité que le curettage. Il n'a ni les inconvénients de l'un ni ceux de l'autre procédé. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

La chorée des femmes enceintes. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — La chorée constitue une complication grave de la grossesse, puisque les relevés de Fehling et de Spiegelberg accusent 39 morts sur 137 cas, soit 28 p. 100. A défaut d'indications causales bien déterminées, le traitement doit être avant tout hygiénique et tonique. L'hydrothérapie bien conduite peut rendre de bons services. Parmi les médicaments les plus vantés, citons surtout l'arsenic, le bromure de potassium et le chenopodium ambrosioïdes. Tous les anti-spasmodiques, du reste, ont été tour à tour essayés. Strumpell recommande d'être très prudent dans l'emploi des narcotiques et déconseille l'hydrate de chloral comme pouvant entraîner des conséquences désastreuses.

Dans les cas graves, le docteur E. Hubert, qui donne ces détails, estime que la provocation de l'accouchement prématuré se trouve indiquée.

La chorée des femmes enceintes est un accident assez rare, et les auteurs qui s'en sont le plus spécialement occupés ne sont parvenus à en recueillir que deux cents cas environ. On la rencontre surtout chez les primipares de 20 à 25 ans. Dans un cas, Wasseige (de Liège) pratiqua l'accouchement forcé : dilatation et débridement du col; application du forceps; perforation de la voûte du crâne; et, une demi-heure après la délivrance, il survint un accès qui se termina en quelques minutes par la mort.

L'auteur cite un cas remarquable de chorée gravide dû à Rombault. Les moyens antispasmodiques qui avaient jugulé la chorée à la première grossesse furent complètement impuissants à la seconde. La situation devint si grave qu'il fallut procéder à l'accouchement provoqué. L'appareil élytrocyste est appliqué pour amener la dilatation du col. L'application faite avec quelque difficulté amène, au bout de vingt minutes, une dilatation de la largeur d'une pièce de 2 francs, mais aucun travail. La chorée cessa définitivement, le col est resté ouvert, mais la grossesse a poursuivi son cours et l'accouchement s'est fait heureusement à terme. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Chirurgie du poumon. — Trépanation pour épilepsie jacksonnienne. — Genu val-

gum. — Cure radicale de hernie. — Rupture du tendon du triceps. — Fracture de la rotule.

M. Roux (de Lausanne) a cherché à éviter le pneumothorax dans les interventions sur le poumon. Il avait à faire une *pneumotomie* pour caverne tuberculeuse, la plèvre pariétale n'adhérant pas à la plèvre viscérale; après avoir mis à nu la première, il passa un fil dans le poumon, en profitant pour l'atteindre du moment où l'expiration le faisait proéminer, puis il fit une sorte de suture qu'il appelle suture en arrière-point, en faisant pénétrer l'aiguille en arrière du dernier point de suture lorsqu'il voulait faire le point suivant. Il circonscrivit ainsi un espace dans lequel il put pénétrer sans danger de voir l'air envahir la grande cavité pleurale.

— M. Schwartz rapporte une observation de trépanation pour *épilepsie jacksonnienne*. Son malade était un homme de 42 ans qui avait des attaques d'épilepsie depuis une dizaine d'années, en même temps qu'une paralysie faciale. Les attaques étaient devenues plus fréquentes en 1890, en même temps qu'il s'était développé une céphalée très forte du côté droit et des troubles intellectuels. M. Schwartz, à l'examen, trouva une cicatrice déprimée au niveau du temporal droit, et fit la trépanation à ce niveau. L'exploration de la surface du cerveau ne montra rien de notable, mais on sentit dans la profondeur une masse dure qui ne donna rien à la ponction. Le malade mourut rapidement d'encéphalite diffuse sans avoir présenté de nouveaux accès. L'autopsie ne put avoir lieu. Le diagnostic est très difficile lors de lésions anciennes entraînant de l'épilepsie jacksonnienne, et, de plus, la trépanation est souvent très grave dans ces cas.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce point que ce n'est pas la trépanation en elle-même qui est grave, mais que son pronostic dépend de la lésion pour laquelle elle est faite. Si cette lésion est bénigne, le malade guérit; dans le cas contraire, la mort peut survenir.

— M. Kirmisson fait un rapport sur un mémoire de M. Phocas (de Lille) relatif au *genu valgum* infantile. Ce genu valgum est habituellement double, tandis que, chez l'adolescent, il est unilatéral. Tantôt il est congénital, tantôt héréditaire, et peut aussi dépendre du rachitisme. Souvent, la déformation dépend d'une malformation du tibia. M. Phocas a recueilli plusieurs observations de genu valgum héréditaire. On trouve, chez les ascendants, la même difformité, ainsi que d'autres malformations. Quelquefois, il se produit des altérations du côté du genou qui conduisent à l'ankylose dans la demi-flexion. On doit traiter la difformité d'abord par les appareils, appareil de Heine dans le cas de genu valgum double ou simplement attelle externe et traction sur le genou en dehors. En cas d'échec, on pourra faire l'ostéoclasie manuelle et même l'ostéotomie supracondylienne, que M. Kirmisson considère comme une excellente opération.

Cure radicale de la hernie ombilicale chez le nouveau-né. — M. Routier fait un rapport sur une observation de M. de Larabrie (de Nantes), relative à ce sujet.

On présenta un jour à M. de Larabrie un enfant qui venait de naître et qui portait une large éventration. A ce niveau, il y avait une hernie ombilicale dont le sac était réduit à des débris membraneux insérés au pourtour de l'orifice cutané. L'intestin sortait par en haut et le cordon s'insérait inférieurement. La hernie renfermait le cœcum et la fin de l'intestin grêle. On dut, pour réduire, couper des brides qui réunissaient l'intestin à la paroi. Une fois la réduction faite, M. de Larabrie disséqua les débris du sac et le cordon au ras de la peau et sutura cette dernière; la guérison fut complète. Il existe une observation analogue dans un journal belge; on n'essaya pas de faire la résection du sac et il se développa une fistule stercorale. La conduite de M. de Larabrie est beaucoup plus rationnelle, et c'est celle que l'on devra tenir en pareil cas.

M. Berger n'admet pas qu'il y ait de sac dans les hernies ombilicales embryonnaires, on n'a à traiter que les enveloppes. Le pédicule de la vésicule ombilicale persiste souvent, et si on le coupe pendant l'opération, on a une fistule stercorale.

— M. Richelot fait un rapport sur deux observations de M. Chaput :

1° *Rupture du tendon du triceps, suture sans drainage.* — Un homme de 67 ans, en fai-

sant une chute sur le dos, s'était rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule, et, de plus, il existait de grandes déchirures latérales. Il y avait impossibilité absolue de détacher le talon du lit. M. Chaput arriva sur la déchirure par une incision courbe et vida d'abord l'articulation du liquide qu'elle renfermait; puis il appliqua dix points de suture au catgut et referma la plaie sans la drainer; au bout de deux mois, l'extension se faisait convenablement. La suture est indiquée quand il y a de grandes déchirures latérales des fibres charnues; quand il y a simplement désinsertion du tendon, il suffit de recourir au massage et à l'électrisation pour avoir de bons résultats.

2° *Fracture ancienne de la rotule et ablation du fragment supérieur.* — Le malade s'était fait une fracture de la rotule que l'on avait traitée par l'immobilisation. Le membre s'atrophia et un écartement de 3 centimètres persista entre les fragments; d'où flexion nulle et impossibilité de l'extension rectiligne. Quand il voulait fléchir le membre, le mouvement était arrêté brusquement en même temps que le fragment supérieur s'immobilisait; il était donc vraisemblable que le fragment fixé par des adhérences formait l'obstacle.

M. Chaput fit une incision sur ce fragment, décolla le périoste et enleva l'os sans ouvrir l'articulation. La guérison de la plaie survint sans complication, et le massage, l'électrisation, etc., rétablirent complètement les fonctions du membre.

La résection du fragment supérieur est indiquée dans certaines fractures de la rotule; mais il faut, avant tout, dans le traitement de ces fractures, mobiliser l'articulation et rendre aux muscles leur force.

Dans les fractures simples, à petit écartement primitif, on aura recours à l'électrisation, au massage, en maintenant le plus possible les fragments en contact, mais en évitant l'immobilisation prolongé. Quand l'épanchement et l'écartement sont considérables, que la fracture est itérative, qu'il y a de vastes déchirures, alors il faut faire l'arthrotomie et la suture.

M. Marc Sée a vu des ruptures du triceps guérir complètement sans intervention sanglante par la compression et l'immobilisation. L'épanchement disparaît souvent très vite.

M. Monod a vu aussi la rupture guérir sans opération. Il en est de même de M. Kirmisson.

Quand l'écartement, dans les fractures de la rotule, dépénd de l'épanchement sanguin intra-articulaire, M. Marc Sée conseille de ponctionner et de comprimer ensuite.

M. Kirmisson regarde que, dans certains cas de fractures de la rotule, l'arthrotomie est très utile, en ce sens qu'elle permet de vider l'articulation des liquides qu'elle renferme.

— M. Richelot fait un rapport sur un nouvel *entérotome* dû à M. Chaput.

M. Terrier reconnaît que cet instrument est meilleur que l'ancien.

— M. Routier montre un appendice iléo-cœcal qu'il a réséqué sur une fille de 12 ans qui avait des accidents d'origine appendiculaire. Il y avait un calcul dans l'appendice.

FORMULAIRE

Prises contre l'hématémèse. — Bamberger.

1° Acétate de plomb pulv.	0 gr. 20 centigr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10 centigr.
Sucre blanc pulv	5 grammes.

Mêlez et divisez en dix prises. — Une toutes les deux heures, ou bien encore :

2° Acide tannique pulv.	de 0 gr. 50 à 0 gr. 80 centigr.
Opium pulv	de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 centigr.
Sucre blanc	5 grammes.

Mêlez et divisez en 6 prises. — Une toute les deux heures, dans le cas d'hématémèse occasionnée par l'ulcère rond de l'estomac. — Pilules de glace, linges mouillés d'eau glacée sur la région épigastrique. — Si la syncope menace, pas de réfrigérations, mais frictions sur tout le corps, soit avec l'éther sulfurique ou acétique, soit avec l'eau de Cologne. — Pour faire cesser les vomissements, hydrolat de laurier-cerise, opium, potion de Rivière. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1891, il sera ouvert à Paris, en 1891-1892, des concours pour 45 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante, entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Paris : 11 places, dont 4 dans la section de médecine (pathologie interne et médecine légale), 4 places dans la section de chirurgie et accouchement (3 de pathologie externe et 1 d'accouchements); 2 places dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (1 d'anatomie et 1 d'histoire naturelle); 1 place dans la section des sciences physiques (1 de pharmacie).

Bordeaux : 5 places, dont 2 de pathologie interne et de médecine légale; 1 d'accouchements; 1 d'anatomie et de physique.

Lille : 8 places, dont 2 de pathologie interne et de médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 d'accouchements; 2 d'anatomie; 1 de physiologie et 1 de physique.

Lyon : 8 places, dont 2 de pathologie interne et de médecine légale; 3 de pathologie externe; 1 d'accouchements; 1 d'histoire naturelle et 1 de chimie et toxicologie.

Montpellier : 6 places, dont 3 de pathologie et médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 d'histoire naturelle et 1 de chimie et toxicologie.

Nancy : 4 places, dont 1 de pathologie interne et médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 d'anatomie; 1 de physique.

Toulouse : 3 places, dont 1 de pathologie interne et médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 de physiologie.

En résumé, 15 places de pathologie interne et médecine légale; 10 de pathologie externe; 4 d'accouchements; 5 d'anatomie; 3 d'histoire naturelle; 2 de physiologie; 3 de physique; 2 de chimie et toxicologie et 1 de pharmacie.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 15 décembre 1891, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 1er mars 1892, pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 16 mai 1892, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. — Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Cure de l'obésité sous la direction du docteur Schindler-Barnay, conseiller impérial et anc. médecin en chef de l'hôpital « Prince imp. Rodolph», à *Marienbad* (Bohême), Autriche.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

VÉSICATOIRES D'ALBESPEYRES, seul employé dans les hôpitaux militaires. — *Il prend toujours et n'occasionne jamais d'accidents de cantharidisme.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement hygiénique du mal de Bright (1).

II

En tête des boissons dont doivent faire usage les brightiques se place le lait, régime alimentaire « idéal » de l'albuminurique, dont l'usage a été vulgarisé par Chrestien, Jaccoud, Lemoyne, etc.

Le lait ne renferme pas de matériaux de déchet, la graisse qui en fait partie est particulièrement assimilable, il rétablit souvent les fonctions digestives compromises, il est diurétique et diminue la quantité de l'albumine éliminée en même temps que celle de l'urée augmente. Les principaux symptômes du mal de Bright : hydropisies, faiblesse cardiaque, etc., sont rapidement améliorés et disparaissent parfois complètement.

Si on donne le lait comme unique aliment, la quantité que l'on doit en prescrire chaque jour est de trois et demi à quatre litres; cette quantité, du reste, ne renferme pas assez d'hydrocarbures et est tout juste suffisante (Stcherbanoff); mais elle contient un peu trop d'albuminoïdes et de graisse, ce qui fait compensation. Ce lait, qu'il faut naturellement choisir avec autant de soin que s'il s'agissait de l'alimentation d'un nouveau-né, doit être bu par doses égales toutes les deux ou trois heures. Le malade, s'il se réveille la nuit, doit en boire, afin de maintenir toujours la sécrétion urinaire sous son influence (Jaccoud). Lorsque l'estomac est intolérant, on peut, à l'exemple de Gallard, faire prendre, tous les quarts d'heure, un quart de verre. Ce n'est que rarement que l'on pourra instituer d'emblée la diète absolue; le plus généralement, on y arrivera en quelques jours en diminuant peu à peu la quantité des aliments ordinaires. La tolérance prolongée sera rendue plus facile en donnant le lait tantôt cru, tantôt bouilli, chaud ou froid, et par l'addition de différentes substances, beurre, sel, eau gazeuse, eau de fleur d'oranger, eau de laurier-cerise, café noir. Ce dernier convient surtout quand il y a un peu de constipation, que l'on peut combattre, quand elle est plus intense, par des lavements laxatifs, de la rhubarbe, par l'usage des pruneaux et des pommes cuites. La constipation s'accompagne souvent d'un enduit saburral de la langue qui donne un goût désagréable dans la bouche (G. Sée). L'addition de la moitié ou du tiers d'eau de chaux rend le lait bouilli beaucoup plus digestible. S'il y a de la diarrhée, ce qui indique l'intolérance, il faut

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

couper le liquide avec de l'eau de Vichy, de Vals, etc., et diminuer la quantité journalière.

Quelquefois, la diète mitigée est seule tolérée; on prescrit alors un ou deux litres de lait et l'on donne, de plus, des potages au lait et aux pâtes, des crèmes, des fromages frais.

Enfin, dans la diète mixte, on adjoint à l'alimentation ordinaire une certaine quantité de lait qui tantôt est donnée dans l'intervalle des repas dans la soirée et la nuit, tantôt forme un repas à lui seul.

Ces deux dernières diètes servent de transition entre le régime lacté intégral et le régime ordinaire.

Plusieurs médecins n'emploient que rarement le régime lacté absolu.

C'est ainsi que Grainger Stewart donne de préférence une alimentation composée en grande partie de lait auquel il ajoute un peu de pudding, des fruits et un peu de viandes blanches.

De même, Senator professe que, dans une cure de lait, il n'y a aucun inconvénient à autoriser, selon les besoins de l'alimentation, le pain blanc avec ou sans beurre, les soupes à la crême et à la farine.

Le régime lacté est indiqué (Lecorché et Talamon) chaque fois que la quantité d'urine tombe au-dessous de la normale, que la quantité d'albumine augmente, que l'hydropisie s'établit, que l'urémie menace. Il est indiqué aussi (G. Sée) au début du traitement de tout malade atteint d'albuminurie dont la nature brightique est soupçonnée.

On ne doit pas s'acharner à prescrire le régime lacté dans l'espérance de faire disparaître complètement l'albumine; il faut, au contraire, revenir graduellement au régime ordinaire dès que les phénomènes graves ont cessé et que la quantité d'albumine éliminée chaque jour est devenue fixe. Si le retour au régime ordinaire ou mitigé amène une augmentation immédiate de l'élimination albumineuse, on doit revenir au régime intégral encore pendant quelque temps.

La quantité de quatre litres de lait ne suffit pas pour l'alimentation, si le malade mène une vie active et, même chez le brightique, le régime intégral conduit rapidement à la faiblesse générale et à l'anémie progressive. L'absence de pouvoir excitant dans le lait est parfaitement perçue par le malade, qui ne se sent pas fortifié après un repas composé uniquement de cette boisson.

Le mauvais état général contre-indique le régime lacté, et même lors de poussées aiguës; si le malade est débilité, il faudra suspendre le plus tôt possible le régime intégral (Lecorché et Talamon).

Quand la maladie ne progresse pas, est dans une période de repos, il est inutile de prescrire le lait, sauf si l'on pense qu'il s'agit, chez un sujet jeune et robuste, d'une atrophie progressive de l'organe liée à l'excrétion des produits d'une digestion viciée ou d'une alimentation trop azotée. Dans tous les autres cas, c'est une faute. (Lecorché et Talamon.)

Cependant, dans le petit rein contracté, si la quantité d'albumine atteint 2 grammes par litre et s'il y a peu d'urine, le régime mixte est utile.

Certains malades ne digèrent pas le lait, qui produit rapidement des troubles digestifs très marqués; l'albuminurie ne diminue pas ou augmente et il n'y a pas de polyurie. Il est évident que, dans ces cas, la contre-indication est complète.

On peut considérer les cures de petit-lait, de raisins, de koumys comme utiles chez les brightiques qui ne peuvent supporter la diète lactée ordi-

naire ou chez lesquels elle n'est pas indiquée. La quantité de petit-lait à prescrire chaque jour ne doit pas dépasser 500 grammes en quatre ou cinq fois, car il provoque facilement de la diarrhée et des coliques. Naturellement, le petit-lait ne peut être ordonné qu'avec une certaine quantité d'aliments ordinaires.

Le koumys se digère focilement et, bien qu'il contienne une certaine quantité d'alcool, le professeur G. Sée admet qu'il n'a pas d'action irritante sur les reins. Malheureusement, la cure de Koumys n'est vraiment utile que dans le pays d'origine.

La cure de raisin est accessoire et ne peut suffire, du reste, pour l'entretien du corps. Le malade débutera par de faibles doses pour arriver peu à peu à 3,8 livres par jour en allant jusqu'au dégoût. Le raisin est pris en trois fois : une heure avant le déjeuner; avant midi; de trois à cinq heures du soir. Il y a d'abord quelques troubles digestifs, puis l'appétit augmente. Naturellement, le malade doit rejeter l'enveloppe du grain et le plus possible de pépins.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse de l'action de l'alcool sur le rein, il faut habituellement l'interdire aux brightiques. Cependant, cette interdiction ne sera pas absolue et le malade pourra boire à son repas du vin blanc ou rouge léger coupé d'eau; souvent il y aura avantage à se servir d'une eau alcaline.

Senator considère la bière comme plus nuisible que le vin, ce qui tient peut être à ce qu'elle renferme une assez grande quantité de matières extractives. Exceptionnellement, il l'a vue ne pas augmenter l'albuminurie, tandis que le vin avait cette conséquence. M. Dujardin-Beaumetz permet l'usage de la bière légère. MM. Lecorché et Talamon regardent, dans bien des cas, l'usage de la bière comme préférable à celui du vin et, tout en interdisant les bières fortes (pale-ale, porter), ils autorisent les bières allemandes; en tout cas, le malade ne doit jamais en faire un usage continu (Grainger Stewart); le professeur G. Sée défend la bière et le cidre.

Les boissons aromatiques chaudes, telles que le thé, pourront être employées avec avantage. Dans le cas d'affaiblissement général, il faut quelquefois prescrire de l'alcool, mais on doit toujours le donner étendu d'eau ou dans du lait. On choisira les vins du Rhin, les vins mousseux, ou même la bonne eau-de-vie.

Le régime alimentaire du brightique est, en somme, assez difficile à instituer. D'une part, tout aliment mal digéré, quel qu'il soit, peut engendrer dans l'intestin des toxines dangereuses pour le rein; d'autre part, le patient se fatigue facilement de son régime, surtout du lait; enfin, il y a des idiosyncrasies qu'il faut savoir reconnaître. Le médecin devra tâter la susceptibilité de son malade pour un certain nombre d'aliments, poissons très frais, crustacés, pommes de terre, utiles ou nuisibles selon les individus. Il faut encore bien savoir que, sauf danger immédiat, on ne doit pas se montrer trop sévère; mieux vaut laisser commettre une infraction au régime que de laisser le malade se dégoûter et perdre complètement l'appétit. On ne devra pas, du reste, prendre l'analyse de l'urine comme un guide absolu dans la direction de l'alimentation, car, souvent, cette dernière restant identique, les proportions d'albumine et d'urée varient sans cause connue.

Se basant sur les heures où ils ont constaté le plus d'albumine dans l'urine, MM. Lecorché et Talamon conseillent de prendre le principal repas

dans la matinée, vers onze heures du matin; il pourra être précédé d'un premier déjeuner au lever. On remplacera le repas du soir par une légère collation composée de fruits, de végétaux et de laitage. Il y a, du reste, avantage à multiplier les repas.

III

Le brightique ne doit faire que peu d'efforts physiques et, dans la néphrite aiguë, un effort un peu considérable suffit pour exagérer l'albuminurie (Senator). Quand il s'agira d'une inflammation aiguë ou d'une poussée dans le cours d'une néphrite chronique, ou encore aux époques menstruelles, les malades devront rester confinés au lit et ne se relever que d'une façon graduelle. Dans l'état chronique, il faudra surveiller de près le travail musculaire, mais non pas le défendre, car il a pour effet de favoriser le fonctionnement de la peau et la nutrition générale. L'exercice est inutile ou nuisible s'il y a polyurie avec hypertrophie du cœur.

Le refroidissement lent ou brusque est très nuisible dans le mal de Bright. On conseillera donc le séjour dans un appartement bien exposé, ayant une température de 25 à 28° en hiver, l'usage de vêtements de dessous en flanelle, le port d'une ceinture de flanelle autour des reins. Le séjour dans les endroits secs et chauds est très favorable. On peut envoyer les malades au Caire, à Hélouan; — à Nice, à Cannes et aux environs; — dans le Tyrol, à Méran et à Greis. L'usage des eaux minérales alcalines et alcalino-salines, en boisson et en bain, est souvent très utile dans les cas chroniques.

Les fonctions de la peau doivent être surveillées avec soin. Aussi tous les auteurs recommandent-ils les bains tièdes et chauds, les frictions, le massage, les bains de sable chaud. Il faut avoir soin de faire les frictions assez doucement; elles conviendront surtout aux malades atteints des formes torpides, chez les sujets pâles et débilités (Lecorché et Talamon).

Senator, MM. Lecorché et Talamon défendent les bains froids. Le professeur Jaccoud conseille d'arriver peu à peu à l'eau froide, en partant des bains tièdes. On pourrait prescrire de courtes douches de 10 à 15 secondes en évitant la région lombaire. Semmola admet la douche écossaise, mais rejette l'hydrothérapie froide.

Les inhalations d'oxygène et les bains d'air comprimé donneront souvent de bons résultats.

P. Chéron.

Hôpital Saint-Antoine.

Un cas de bronchite et tuberculose au début.

Observation recueillie dans le service de M. le docteur Landrieux (Salle Bichat, lit n° 4).

Georges V..., marchand de vin, âgé de 31 ans, entré le 8 janvier 1889.

Le malade entre à l'hôpital se plaignant d'un affaiblissement général et d'une toux violente.

Antécédents héréditaires. — Son père, son frère et sa sœur se portent bien; sa mère est morte en couches.

Antécédents particuliers. — A part une fièvre typhoïde qu'il a contractée à 21 ans, le malade a joui d'une santé excellente jusqu'au mois de décembre dernier. A cette époque, il a commencé à tousser; son appétit a diminué, et il a été pris de dégoût pour

la viande. Avec les quintes de toux coïncide l'apparition de sueurs profuses et d'une fièvre vespérale.

Jusqu'au mois de janvier, cet état se maintient sans autre complication qu'un amaigrissement notable et une grande faiblesse; mais, pendant les quatre jours qui ont précédé son entrée dans le service, le malade a eu des épistaxis et des hémoptisies abondants, et provoqués par des quintes de toux fréquentes et douloureuses.

L'*auscultation* des poumons nous fournit les signes suivants :

Poumon droit : En avant, râles humides; en arrière et au sommet, obscurité de la respiration; râles et craquements.

Poumon gauche : En avant et en arrière, quelques râles sibilants.

Le malade est très oppressé, très faible et très amaigri.

Traitement. — *Eau de La Bourboule, deux verres par jour.* — *Vin créosoté.*

Du 8 au 23 janvier, l'état reste absolument stationnaire.

La toux est opiniâtre, et les quintes, nombreuses pendant la nuit, empêchent le malade de reposer. L'expectoration est abondante; elle n'est pas nummulaire; mais elle contient parfois des filets de sang. L'oppression est continuelle; les sueurs abondantes; l'appétit est nul; l'anorexie persiste; le malade est exténué.

Du 23 janvier au 4 février, on peut noter une certaine amélioration. Les quintes de toux ont diminué de nombre et de violence. L'oppression est moins pénible; le malade repose un peu pendant la nuit; l'expectoration est moindre et ne contient plus de filets de sang.

Les sueurs nocturnes sont moins abondantes; le dégoût pour les aliments est moins prononcé, et l'appétit commence à revenir. L'auscultation du poumon droit ne fait plus percevoir que quelques craquements secs; à gauche, les sibilants ont disparu, la respiration y est normale.

Du 4 au 15 février, l'état général du malade s'améliore très nettement; l'appétit est satisfaisant; les forces augmentent d'une façon très sensible; le malade engraisse; la toux diminue; les quintes sont peu nombreuses dans la journée et nulles pendant la nuit. L'oppression a disparu.

Du 15 au 20, le mieux continue et le malade quitte l'hôpital.

L'eau de La Bourboule a arrêté la dénutrition et diminué l'oppression. Les signes pathologiques des poumons ont disparu, sauf un peu de matité au sommet droit.

BIBLIOTHÈQUE

Physiologie de la veille et du sommeil, par S. Sergueyeff. — Paris, F. Alcan, 1891.

Parmi les accomplissements à la fois nécessaires et périodiques auxquelles se livrent les individualités vivantes, ceux qui, jusqu'ici, nous sont connus appartiennent tous à l'ordre des œuvres fonctionnelles dites organiques ou végétatives; l'auteur s'est demandé, et c'est en cela qu'il diffère de tous ceux qui ont traité cette importante question, si les alternances quotidiennes de veille et de sommeil ne cachent pas quelque réalisation directement indispensable au maintien de la vie. Il conclut à un accomplissement végétatif qu'il appelle l'*assimilation dynamique* venant prendre place à côté de l'assimilation semi-liquide et de l'assimilation gazeuse. Aux fonctions de nutrition proprement dites et aux fonctions de respiration et de circulation s'ajoute une troisième œuvre : l'innervation végétative ayant pour objet l'assimilation directe de l'impondérable, pour organe l'appareil ganglio-épidermique et pour phases alternantes d'emprunt ou de rejet les orientations centripètes ou centrifuges des influx ganglionnaires qui viennent périodiquement se substituer l'un à l'autre.

Fixé sur cette nature assimilatrice, il s'agit de distinguer son mécanisme fondamental; c'est la part du second volume. Cette distinction devient, il est vrai, de plus en plus difficile aux bas degrés de l'échelle vivante, mais il en est autrement chez les espèces supérieures douées d'un système nerveux cérébro-spinal; là se reproduisent dans les exercices de la vie animale des modifications très appréciables et caractérisant parfaitement les

deux états quotidiens de la veille et du sommeil. Si ces modifications peuvent logiquement se rattacher, les unes à l'emprunt, les autres au rejet dynamique, il est clair que leur nature cesse d'être inintelligible et que, du même coup, se trouve encore confirmée l'œuvre végétative qui seule recèle leur véritable cause déterminante. — P. Ch.

De l'exercice chez les adultes, par le docteur Fernand Lagrange.
Paris, Alcan, 1891.

Ce livre est le complément de celui qui a pour titre : *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens.*

Dans son précédent volume, M. Lagrange avait étudié le rôle de l'exercice aux périodes de la vie où le corps se forme et s'accroît ; il indique aujourd'hui les règles qui doivent diriger l'application des exercices physiques chez l'homme fait. Il fait d'abord un exposé rapide des maladies qui résultent du défaut d'exercice, plus funeste encore à l'adulte qu'à l'enfant. Puis il expose les règles rationnelles des exercices du corps dans l'âge mûr et la vieillesse.

Après les indications de l'âge viennent les indications du tempérament. Cette deuxième partie du livre est assurément la plus intéressante et la plus neuve. Les règles de l'application des exercices physiques aux tempéraments extrêmes et même aux tempéraments morbides sont exposées, avec une foule de détails pratiques, dans une série de chapitres intitulés : les Valétudinaires, les Obèses, les Goutteux, les Dyspeptiques, les Diabétiques, les Essoufflés, les Cardiaques, les Névrosthéniques.

Enfin, sont passés en revue tous les exercices connus avec leurs effets utiles ou nuisibles. Les effets hygiéniques des jeux de plein air, de l'escrime et des divers exercices de sport, la gymnastique française sont exposés avec détails dans la troisième partie du livre, ainsi que la gymnastique suédoise, que l'auteur a pu étudier à Stockholm dans une mission scientifique que lui a confiée le ministère de l'instruction publique.

Bien que le livre vise à fournir aux médecins d'utiles renseignements pratiques, l'auteur s'est appliqué à éviter les formules trop techniques et à parler la langue de tout le monde. Il a réussi à conserver à son ouvrage un caractère de « vulgarisation », sans lequel un livre d'hygiène ne saurait être vraiment utile.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un rapport sur les maladies épidémiques dans le canton de Tuchau, par M. Courrent;

2° Un travail de M. Bitterlin sur une épidémie de variole;

3° Un mémoire de M. Raymond sur la grippe;

4° Un pli cacheté de M. Nadaud relatif au traitement de la tuberculose;

5° Un travail sur la rougeole, de M. Sudour;

6° Un rapport sur les revaccinations faites à Bordeaux, par M. Huguenard.

Pleurésie grippale. — M. Marrotte spécifie ce qu'il entend par cette expression. C'est une fièvre catarrhale pleurétique qui a une marche périodique; elle se compose d'une série d'accès débutant ordinairement dans l'après-midi par des frissons, de la toux sèche, un point de côté névralgique. L'épanchement est modéré. La fièvre s'accentue jusque dans la nuit, et le matin, souvent, il y a une véritable rémission. Les symptômes reparaissent ensuite dans l'après-midi. Cette série d'accès dure de trois à quatre semaines, en diminuant sous l'influence du sulfate de quinine et du sel ammoniac.

Greffe et inoculation du cancer. — M. Cornil fait une importante communication sur ce sujet. Des tentatives ont été faites depuis longtemps en vue d'obtenir la greffe et la

pullulation de tumeurs cancéreuses dans des tissus sains; cette question très importante de la reproduction par greffage ou par injection de liquide cancéreux se lie étroitement à l'étiologie du cancer et à sa cause parasitaire soupçonnée, mais non encore démontrée.

M. Honon et M. Morau ont fait, sur les animaux, des expériences suivies de succès. Ce dernier a reproduit l'épithélium cylindrique de la souris en injectant sous la peau d'individus sains de la même espèce le suc laiteux de la tumeur.

Les deux observations, prises chez l'homme, que M. Cornil communique aujourd'hui à l'Académie, ne sont pas moins démonstratives. Elles lui ont été apportées, il y a quatre ans, par un chirurgien étranger dont il veut taire le nom et dont il n'entreprendra pas la justification. Elles n'auraient jamais été publiées si elles n'avaient pas un grand intérêt scientifique :

I. La première a trait à une femme atteinte d'une volumineuse tumeur du sein. L'opérateur, après avoir enlevé cette tumeur, en a sectionné un très petit fragment et l'a inséré dans la glande mammaire du côté opposé, qui était saine. L'opération avait été faite pendant le sommeil chloroformique, avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

On n'observa rien pendant les premiers jours au niveau de cette greffe ; la peau s'était cicatrisée par première intention et il n'y avait pas eu trace d'inflammation. Mais bientôt on sentit un nodule induré qui grossit, atteignit au bout de deux mois le volume d'une amande et fut enlevé par le même chirurgien.

M. Cornil reçut des fragments et des préparations histologiques de la tumeur primitive et de la tumeur développée après la greffe.

Le tissu de la première et de la seconde présentaient identiquement la même structure. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé formé de longues cellules fibro-plastiques disposées en faisceaux entrecroisés. La greffe offrait une très grande quantité de cellules en karyokinèse, comme cela a lieu dans les tumeurs en voie de développement rapide. Les noyaux ovoïdes de ces cellules du sarcome montraient souvent les figures de division indirecte par deux.

Il y avait donc eu là une greffe très évidente d'une espèce de tumeur parfaitement définie, d'un sarcome fasciculé. Le tissu greffé avait continué à vivre et à se développer.

La malade succomba, peu de temps après, à une maladie aiguë intercurrente. Son autopsie fut faite avec soin. Elle ne présentait trace de sarcome nulle part, ni dans les ganglions lymphatiques, ni dans les organes internes, ni dans le tissu spongieux des os.

On peut élever des objections contre la réalité d'une greffe pratiquée chez un individu déjà en puissance de la tumeur qu'on a greffée. On peut dire qu'il était prédisposé à des néoformations secondaires, puisqu'il était déjà porteur de la tumeur primitive, que ses humeurs étaient modifiées par la tumeur primitive, au point d'avoir acquis une réceptivité spéciale. Cela est soutenable et peut être vrai. La greffe prendra plus sûrement chez un animal qui présente une tumeur cancéreuse dont on aura greffé sur lui-même un fragment ; mais, comme l'a démontré M. Morau, elle réussit également chez les individus sains de même espèce.

Dans cette observation, il est certain que la tumeur secondaire est bien due à la greffe et n'est pas un nodule secondaire survenu spontanément à la suite des progrès de l'infection sarcomateuse. car il n'y avait nulle part dans l'économie de néoformation sarcomateuse secondaire.

II. La seconde observation se rapporte aussi à une tumeur du sein. Après l'ablation du sein malade et pendant le sommeil chloroformique, le chirurgien inséra dans le tissu glandulaire du sein du côté opposé un petit fragment de la tumeur enlevée. La greffe suivit la même évolution : cicatrisation par première intention, rien d'apparent, peu d'inflammation les premiers jours, puis, au bout de quelques semaines, un nodule qui évolua comme un néoplasme.

L'examen histologique de la tumeur primitive montra qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé du sein, qui est une des formes les plus communes du cancer.

La malade ne voulu pas se soumettre à l'opération en vue d'enlever la greffe devenue une petite tumeur. Elle sortit de l'hôpital et elle n'a pas été suivie depuis.

Cette observation, bien que moins démonstrative et moins complète que la précédente, n'en prouve pas moins la possibilité de la greffe d'une tumeur d'une espèce histologique, comme le cancer épithélial tubulé.

Ces deux faits démontrent qu'un fragment de tumeur sarcomateuse et cancéreuse humaine mis en contact avec les tissus normaux de l'individu porteur de cette tumeur, s'y fixe, se développe et envahit le tissu sain en le transformant en néoplasme. C'est une greffe de tissu néoplasique ou même une greffe de cellules. Ce processus nécessite la réunion immédiate du tissu greffé sur le tissu qui est en contact avec lui.

Des cellules d'une néoplasie abdominale ou pleurale, plus ou moins détachées de sa surface, en rapport avec d'autres points normaux de cette séreuse, s'y grefferont et produiront des nodules secondaires multiples, sèmeront les germes d'une éclosion de petites granulations néoplasiques qui s'accroîtront isolément. Une tumeur ovarienne, par exemple, qui restera bénigne tant qu'elle sera limitée dans la capsule fibreuse de l'ovaire, deviendra le point de départ des nodules péritonéaux secondaires, lorsqu'un ou plusieurs bourgeons de cette tumeur auront perforé la capsule et se trouveront en contact avec la séreuse. L'hypothèse de greffe que faisaient en pareil cas les pathologistes prend corps et devient une réalité. C'est là, en effet, un procédé de généralisation qui peut se faire aussi bien lorsque les vaisseaux sanguins et lymphatiques transportent les éléments cellulaires et liquides provenant des néoplasmes et qui est encore activé avec plus d'intensité, lorsque la greffe se fait par l'intermédiaire de la circulation sanguine et lymphatique.

MM. Le Fort, Moutard-Martin et Cornil se réunissent pour blâmer la conduite du chirurgien étranger.

M. G. Sée commence la lecture d'un travail sur l'*élasticité de contraction du cœur* et les *médicaments régulateurs du cœur*, qu'il continuera dans la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. François Franck, sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Chauveau; en seconde ligne, M. Gréhant; en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Farabœuf, Hénocque, Poirier et Regnard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Lipomes multiples et symétriques. — Rash scarlatiniforme dans la varicelle.*

M. Bucquoy présente un malade qui vint, le 9 mars dernier, le consulter pour une sciatique. M. Bucquoy fut tout d'abord frappé par l'énorme développement de son cou; c'étaient de volumineux lipomes formant au malade une sorte de collier. Outre les tumeurs du cou, on en trouva encore à la partie antérieure du tronc, aux lombes, au scrotum, aux bras.

Cet homme est en apparence très robuste. Jusqu'en 1875, époque où les lipomes commencèrent à se développer, il s'était très bien porté. A ce moment, il eut plusieurs bronchites qui lui ont laissé une certaine gêne respiratoire, puis des poussées d'eczéma des jambes, des varices et des ulcères variqueux. En un mot, c'est un arthritique, et, depuis 1875, toutes les manifestations de l'arthritisme se sont successivement montrées chez lui. Dans ces derniers temps, en effet, il a eu des douleurs vagues et, enfin, il venait à l'hôpital pour une sciatique.

Ce malade n'est ni alcoolique ni névropathe.

Les caractères physiques des tumeurs qu'il présente ne laissent aucun doute sur leur nature : ce sont des lipomes dont la grosseur varie du volume d'un œuf de pigeon à celui

d'une grosse orange; leur disposition est parfaitement symétrique. Ils sont absolument indolores.

On en trouve deux volumineux sous les branches du maxillaire inférieur; on peut les circonscrire nettement par la palpation; ils débordent presque le menton. Un autre, du volume d'un gros œuf de dinde, est situé au niveau de chaque apophyse mastoïde, un autre, plus petit, de chaque côté de la ligne médiane de l'occipital. A la partie postérieure du tronc, on trouve encore quatre lipomes volumineux, deux de chaque côté, au niveau de la région lombaire; à la partie antérieure de l'abdomen, entre l'ombilic et le pubis, quatre autres tumeurs très grosses, et deux à la partie inférieure du scrotum. Enfin, à la partie interne des bras, entre le biceps et le triceps, on trouve encore de chaque côté un lipome étendu, allongé et assez mal limité.

Il n'y en a pas aux membres inférieurs; on n'en trouve pas, en particulier, au niveau du sciatique.

La présence de ces lipomes n'a pas eu d'influence sur la santé générale; ils augmentent peu et restent indolores; c'est plutôt une difformité qu'une maladie.

Toutes les observations de faits analogues sont remarquables par leur similitude: développement lent et progressif de tumeurs lipomateuses multiples atteignant un volume plus ou moins considérable et ne diminuant jamais par la suite; siège en de véritables lieux d'élection : nuque, parties latérales du cou, diverses parties du tronc, parties interne et supérieure des membres; symétrie presque constante. Quand on fait l'ablation de ces lipomes, ils ne récidivent pas.

Ces tumeurs sont très vraisemblablement d'origine nerveuse (Küster); leur symétrie et leur développement, en certains lieux d'élection qui ne sont pas des régions à pannicule graisseux, plaident en faveur de cette théorie. M. Mathieu identifie, dans un travail récent, ces lipomes multiples et symétriques avec l'œdème rhumatismal et les pseudo-lipomes décrits par M. Potain. Ces deux affections semblent bien, en effet, avoir une origine névropathique et dépendre de troubles trophiques.

M. Rendu : Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on le dit. Mais les lipomes n'atteignent souvent qu'un faible volume et passent inaperçus. Si l'on examinait soigneusement l'état du tissu cellulaire chez les arthritiques, on trouverait très fréquemment de petits lipomes. C'est ainsi que M. Rendu a vu naguère une malade portant, disséminées sur tout le corps, une soixantaine de petites tumeurs grosses comme des noisettes.

M. Bucquoy : De tels cas ne sont pas rares, en effet; mais, ce qui est rare, c'est de voir ces lipomes atteindre le volume de ceux du malade présenté à la Société; en outre, la symétrie des tumeurs est, chez lui, absolue.

— M. Galliard présente l'observation d'un cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. De telles observations sont rares; M. Galliard n'en a trouvé que dix cas publiés jusqu'ici.

Il s'agit d'un garçon de 17 mois 1/2 vacciné à cinq mois et qui était en parfaite santé. Le 4 mars dernier, son frère, âgé de 5 ans, fut atteint de varicelle; le 21 mars, il présentait lui-même les premières bulles de varicelle.

Dès le lendemain, la peau du cou devint rouge, et la rougeur, assez intense, s'étendit progressivement au reste du tronc. La face et les membres étaient respectés, mais le cou, la poitrine, le dos, l'abdomen étaient entièrement envahis. Cette éruption ressemblait absolument à celle de la scarlatine, avec un pointillé hémorrhagique très fin. Il n'y avait pas d'angine ni d'engorgement ganglionnaire.

On ne pouvait songer ni à une roséole vaccinale, ni à une scarlatine, ni à une éruption médicamenteuse. Les vésicules de varicelle existaient déjà à la face et au cuir chevelu. C'était donc un rash.

Le lendemain, en effet, l'exanthème scarlatiniforme disparaissait, la fièvre tombait, et, en même temps, les bulles de varicelle commençaient à se dessécher; on n'en vit pas de nouvelle poussée les jours suivants, La guérison fut rapide.

Le rash, dans ce cas, a été retardé; il est survenu à la fin d'une varicelle, et il semble avoir agi à la façon d'une crise, puisque de nouvelles poussées de vésicules ne se

sont pas montrées après lui. On possède quelques observations de rash dans la varicelle; mais, si le fait de M. Galliard ressemble à ceux-là par plusieurs traits : état fébrile, durée éphémère de l'éruption, absence d'accidents concomitants ou ultérieurs, il en diffère néanmoins par deux caractères; le rash est survenu, en effet, à la période d'état de la varicelle, et non à sa période prodromique, et, enfin, il a agi comme une sorte de crise.

Les observations déjà publiées sont dues, en France, à Gintrac et à Œconomon, élève de M. Ollivier; à l'étranger, à Thomas, Fleischmann, Baader, Hénoch, Stainforth.

Dans tous ces cas le rash a précédé l'éruption de varicelle, sauf dans deux cas où il accompagnait les premiers boutons caractéristiques; sa durée a été éphémère sauf dans un cas de Fleischman où il persista deux jours. Il n'a pas eu de signification pronostique fâcheuse; dans un cas de Thomas, cependant, et, dans un cas de Stainforth, le rash a précédé une varicelle gangréneuse. Tous ces cas se sont terminés par la guérison.

M. Comby : La communication de M. Galliard est très intéressante surtout à cause de la rareté de pareils faits. M. Comby n'en a jamais vu de semblable. D'ailleurs Hénoch, qui a publié la relation d'une épidémie de varicelle survenue en 1873, n'a trouvé qu'un seul cas de rash scarlatiniforme dans cette affection. Il est même curieux de voir que la varicelle ne s'accompagne que si rarement d'exanthèmes, alors qu'ils se produisent assez fréquemment dans la vaccine par exemple.

M. Féréol vient d'observer deux cas d'éruption scarlatiniforme dans le cours d'une santé parfaite; cet exanthème survenu avec une fièvre légère et un peu d'angine a disparu très rapidement.

M. Rendu a observé, il y a quelques jours, un fait analogue à ceux de M. Féréol. Un jeune garçon, ayant eu il y a trois ans la scarlatine, est pris de malaise avec état fébrile, léger érythème de la gorge et desquamation de la langue. Le lendemain apparaît une éruption ayant tous les caractères de l'éruption scarlatineuse; mais bientôt la fièvre tombe, l'exanthème disparaît sans laisser à sa suite la moindre desquamation.

M. Siredey cite deux faits analogues qu'il vient d'observer; une jeune femme de 28 ans, et, huit jours après, son enfant âgé de quelques années, furent pris d'une éruption scarlatiniforme très intense qui passa rapidement.

M. Netter, à propos de la raretó du rash scarlatiniforme dans la varicelle, cite un fait, non moins rare, de récidive de varicelle à un mois de distance.

De quelques nouvelles médications.

Salicylate de mercure dans la syphilis. (*Les Nouveaux Remèdes*, 1891.)

A. Lezius s'est trouvé bien de l'emploi du salicylate de mercure en injections sous-cutanées. Il se sert de la préparation suivante :

Salicylate de mercure.................................. 1 gramme.
Vaseline liquide.. 10 grammes.

S. — A injecter toutes les semaines une seringue de Pravaz représentant 0 gr. 1 de salicylate de mercure. Il a traité en tout 25 sujets, dont quelques-uns n'ont subi antérieurement aucun autre traitement, tandis que le reste avaient déjà reçu d'autres préparations hydrargyriques.

Les résultats furent assez satisfaisants; la roséole disparaît ordinairement après deux, dans deux cas après trois injections. Les exanthèmes papuleux, de même que les plaques muqueuses de la gorge, cèdent ordinairement à trois injections. Les condylomes de la région anale et pubienne demandent, pour leur guérison, quatre ou cinq injections. En moyenne, les sujets vierges de tout traitement sortirent guéris après six injections; les récidives disparurent ordinairement après trois injections. Les réactions locales, aux lieux d'injections, ne laissèrent pas d'être faiblement accusées. Pas ou très peu de phénomènes d'intoxication. L'auteur préfère le salicylate de mercure à tous les autres sels

insolubles de mercure. En effet, le salicylate de mercure est doué de propriétés curatives très prononcées, tout en provoquant une réaction locale minime et ne présentant que des dangers d'intoxication de peu d'importance. — P. N.

Sur le traitement de l'incontinence d'urine. (*Les Nouveaux Remèdes*, 1891.)

Th. Eibe a traité en tout 100 enfants affectés d'incontinence d'urine (69 garçons et 31 filles) âgés de 3-15 ans.

Les meilleurs résultats obtenus furent ceux que donna l'atropine : Sur 87 enfants traités, il y avait : guérisons, 64,2 p. 100; 23 p. 100 d'améliorations, et 12,2 p. 100 d'échecs, Les filles donnèrent une plus grande proportion de guérisons (87 p. 100) que les garçons (55 p. 100). Les cas d'incontinence nocturne seule cèdent plus efficacement au traitement (80 p. 100 de guérisons) que ceux où l'incontinence est nocture et diurne (52,9 p. 100). Les échecs se rapportent à des cas avec prédominance de l'incontinence diurne. Plus l'âge des enfants est élevé, plus aussi sont favorables les résultats obtenus (55 p. 100 de guérisons entre 3 6 ans, 69 p. 100 à l'âge de 6-9 ans, 74 p. 100 entre 9-12 ans, et 100 p. 100 entre 12 et 15 ans). Dosage : 0 gr. 00025 à 0 gr. 0005 à des enfants de 3 à 4 ans, jusqu'à 0 gr. 0015 entre 7-8 ans; au-dessus de 8 ans, il ne faut jamais surpasser 0 gr. 002 par vingt-quatre heures. En moyenne, les malades ont reçu 0 gr. 045 en 65 jours.

Comme phénomène secondaire fâcheux, on n'a obtenu que de la diarrhée. Pas de mydriase. Mode d'administration : en une seule fois, le soir, avant de se coucher (incontinence nocturne seule), ou par moitié, le matin et le soir (incontinence nocturne et diurne). Le traitement doit être continué un mois après la disparition de l'incontinence. De cette manière on se met sûrement à l'abri de la récidive.

Les autres médicaments n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire.

On a donné le bromure de potassium (1 gramme à des enfants au dessous de 6 ans et jusqu'à 2 grammes en vingt-quatre heures au-dessus) à 13 enfants. Durée du traitement : 1-2 mois. Résultats : 3 guérisons, 4 améliorations, 7 échecs.

Les douches froides furent prescrites dans 10 cas; durée de la séance : 5-6 minutes. Le traitement était continué pendant 1-2 mois. On n'a obtenu que 4 améliorations.

Dans 7 cas d'urine très acide, on a eu recours au bicarbonate de soude, à la dose de 1/2-1 cuillerée à café le soir, répétée pendant 10-12 jours : 4 guérisons; dans les 3 cas restants, influence insignifiante ou même échec complet. — P. N.

FORMULAIRE

Topique contre les eschares.

Acide phénique	5 grammes.
Huile d'olives	300 —

Faites dissoudre. — On imprègne des tampons d'ouate avec ce topique antiseptique, et on les applique sur les eschares provenant du décubitus, pour en faciliter la chute. — On peut aussi les saupoudrer avec de l'iodoforme finement pulvérisé, et les recouvrir de gaze iodoformée. — A l'intérieur, on prescrit les vins généreux, l'alcool, le quinquina et le fer. — N. G.

COURRIER

A la suite du dernier concours pour deux places de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, M. Jonnesco a été nommé prosecteur.

MM. Chevalier, Faure et Mauclaire auront à subir une épreuve complémentaire, pour la nomination du deuxième prosecteur titulaire.

— La question posée pour 1892, pour le prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 francs),

est : « Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie de médecine avant le 1er mars 1892, terme de rigueur.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se tiendra, à Lyon, du lundi 3 août au samedi 8 août 1891.

PROGRAMME. — *Lundi 3 août.* — A deux heures du soir, séance d'ouverture. — Nomination du bureau, discussion de la première question du programme (Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale).

Mardi 4 août. — A neuf heures du matin, deuxième séance. — Discussion de la deuxième question du programme (De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs). — A deux heures, troisième séance. — Discussion de la troisième question du programme (De l'assistance des épileptiques).

Mercredi 5 août. — Dans la matinée. Visite de l'Asile départemental des aliénés du Rhône, à Bron. — Dans l'après-midi. Visite de l'Asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu et de la Faculté de médecine.

Jeudi 6 août. — Excursion à l'établissement d'épileptiques de la Teppe, près de Tain (Drôme); à l'aller, descente du Rhône en bateau à vapeur, retour par le chemin de fer.

Vendredi 7 août. — A neuf heures du matin, quatrième séance. Communications et discussions sur des sujets en dehors du programme. — A deux heures du soir, cinquième et dernière séance. — Fixation du siège du prochain Congrès; communications et discussions diverses. Clôture du Congrès.

Samedi 8 août. — Excursion finale à l'Asile des aliénés de Saint-Robert (station de Saint-Egrève, près Grenoble); déjeuner offert par l'Administration de l'asile. — M. le docteur Dufour, médecin-directeur de cet établissement, et son personnel se mettent à la disposition de MM. les membres du Congrès pour organiser des excursions à la Grande-Chartreuse et dans d'autres parties des Alpes dauphinoises.

Pendant la durée du Congrès, une soirée sera consacrée à une réception de M. le maire de Lyon, à l'hôtel de ville, et une autre soirée à un banquet par souscription. Les séances se tiendront au Palais du commerce, dans la salle des réunions industrielles (entrée par la place de la Bourse), où sera le siège du Congrès depuis la veille de son ouverture jusqu'à sa clôture. Jusque-là les lettres et tous autres documents devront être adressés à M. le docteur Albert Carrier, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, à Lyon. La qualité de membre du Congrès est acquise à tout docteur en médecine de France ou des pays de langue française qui verse une cotisation de 20 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ramey, médecin aide-major de première classe; J.-C. Richard, médecin-major de deuxième classe; Scanzoni (de Wurzbourg), Ysabeau (de Nevers).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 27 juin 1891. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

Bon cabinet médical à céder, revenu 12 à 15,000 francs. Clientèle sûre. — S'adresser à Mme Vaux, rue Fructidor, 12, à Chalon-sur-Saône.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — *Consomption.* — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'anonyme du Palatinat, qui a laissé dans l'histoire de la syphilis le souvenir d'un expérimentateur peu scrupuleux, a maintenant son pendant, tout aussi anonyme, pour le cancer. Cependant, il n'est pas anonyme pour tout le monde, car M. Cornil, qui a communiqué les détails de ses expériences à l'Académie de médecine, le connaît; peut-être un jour le dira-t-il, ou le trouvera-t-on dans son testament? En attendant, il se contente de dire qu'il s'agit d'un chirurgien étranger dont il n'entreprendra pas la justification. Voilà, certes, un titre de gloire que ne lui envieront pas nos compatriotes, qui toujours, comme le rappelait récemment M. E. Besnier à propos des expériences faites sur l'homme avec la lymphe de Koch, ont été plus soucieux des droits de l'humanité.

Quoi qu'il en soit, M. Cornil, qui n'en pouvait mais, a tiré de ces expériences *in animâ humanâ* les éléments d'un travail très intéressant sur la genèse du cancer à la suite de greffe par insertion de tissu cancéreux sous

FEUILLETON

CAUSERIE

Mon cher ami, dis-je l'autre jour à un jeune financier qui a pour principe de ne jamais jouer à la Bourse, comment se fait-il qu'après tant de bouillons bus par les gogos altérés de gros dividendes, les faiseurs trouvent encore des dupes?

Mon cher docteur, il y a des bornes à la terre et à la mer, il y en a peut-être au monde, bien que Victor Hugo vienne de prétendre que non, puisqu'il est infini; mais sachez bien qu'il n'y en a pas à la bêtise humaine. Mais, voyez vous-même dans votre spécialité, dans la médecine, est-ce que.....

Je supprime le reste, car il y en aurait trop long à rapporter les exemples qu'il m'a cités. Mais j'en vais en cueillir deux récents poussés sur la couverture du *Mercredi médical.*

Le tribunal correctionnel de Paris vient de condamner à seize amendes de 5 francs et à 100 francs de dommages-intérêts une somnambule, Mme Auffinger, qui, assisté de son fils, fondateur de la *Société magnétothérapique*, prétendait guérir les bronchites à l'aide d'applications réitérées de bouse de vache sur la poitrine, et grâce à un sirop pectoral préparé en faisant macérer des radis noirs et des oignons dans du sucre candi.

A ceux qui semblent surpris qu'une pareil médication ait pu trouver créance, nous

la peau. Dans cette collaboration involontaire, c'est donc lui qui a le plus beau rôle; l'humanité y a un peu perdu ses droits, de par la faute du chirurgien étranger, mais la science a conservé tous les siens. Beaucoup trouveront que la compensation n'est pas suffisante, en particulier les membres de l'Académie, qui s'est associée tout entière à la réprobation exprimée contre la pratique de ce confrère étranger par MM. Le Fort et Moutard-Martin.

Autre sujet de mécontentement, cette fois contre la commission chargée de dresser la liste des candidats au titre de membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Les anatomistes et leurs partisans reprochent aux physiologistes de la section de tirer un peu trop à eux la couverture. Les deux dernières places vacantes ont été données à deux physiologistes, MM. François-Franck et Laborde; une nouvelle place devient vacante, qui va être sans aucun doute donnée à M. Chauveau; les anatomistes l'avaient bien réclamée pour M. Farabeuf, à qui elle revient de droit et qui la mérite à tous égards; mais M. Chauveau, désirant échanger son titre de membre associé national contre celui de titulaire, personne, à l'Académie, ne peut lui refuser cette satisfaction, et voilà M. Farabeuf évincé. La commission va même plus loin que je ne dis, car, après M. Chauveau, ce n'est pas M. Farabeuf qu'elle met en seconde ligne, c'est encore un physiologiste, M. Gréhant; puis en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Farabeuf, Hénocque, Poirier et Regnard; soit deux anatomistes intercalés entre deux physiologistes. Les anatomistes sont donc assez mal partagés, et on comprend qu'ils ne soient pas satisfaits. D'autant que si, à la prochaine vacance, le professeur de physiologie de la Faculté pose sa candidature, comme ses titres sont des plus sérieux aussi, la commission, où les physiologistes seront plus que jamais en majorité, laisseront encore à l'arrière-plan les anatomistes. Aujourd'hui, quand une corporation veut obtenir quelque chose, elle se met en grève; les anatomistes en arriveront-ils là?

Tout cela a fort occupé l'Académie, outre l'audition d'une communication de M. Marotte, toujours très ingambe malgré ses 83 ans, sur la pleurésie

---

signalerons un remède qui se prescrit journellement dans le département de la Manche, non seulement par les somnambules extra-lucides, mais encore par les rebouteurs et les honnestes dames. Pour guérir la jaunisse, il convient, disent-ils, de faire ronger le mal par des poux. A cette fin, on prescrit au malade une pomme cuite, ou une bouillie de farine d'avoine, en ayant soin d'incorporer à cet aliment *trois poux vivants*. Ceux-ci, introduits dans l'estomac, pénètrent dans les voies biliaires et dévorent rapidement le microbe de la jaunisse.

Il y a quelques semaines, dans un castel normand, une jeune fille était atteinte d'ictère catarrhal. L'intérêt qu'elle inspirait à tous les habitants du pays engagea l'un d'eux à se dévouer pour la guérir. Il revêtit donc sa blouse du dimanche, se présenta au château, et, s'adressant à la châtelaine : « Madame la comtesse, dit-il en se découvrant pour mieux faire admirer une luxuriante chevelure que le peigne n'avait jamais déflorée, j'ai pensé que vous voudriez guérir votre demoiselle par le remède infaillible de la jaunisse; je viens vous l'apporter moi-même. Il vous sera plus agréable de savoir d'où il vient, et vous aimerez mieux certainement le choisir sur quelqu'un qui se tient propre. (*Historique*.)

Prrrrr..... la tête me démange.

***

Choses d'Allemagne. — Allemagne est-il bien le mot, quand je vais commencer par parler de Strasbourg? Oui, puisque je ne veux que donner des renseignements sur son

grippale; de sorte que M. le professeur Sée n'a pu que commencer la lecture d'un travail sur l'élasticité de contraction du cœur et les médicaments régulateurs du cœur. La lecture de ce travail sera continuée dans la prochaine séance.

— Le chroniqueur militaire du *Bulletin médical*, M. le docteur Noël, se plaint que les étudiants en médecine incorporés dans l'armée soient systématiquement tenus à l'écart du service de santé, malgré les prescriptions ministérielles. Il paraît, en effet, que les élèves musiciens, cordonniers, tailleurs, sont employés à des travaux de leur profession; tandis que les élèves en médecine, qui devraient suivre les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires, et des conférences sur le service de santé en campagne, sont astreints à suivre les exercices de gymnastique. M. Noël attire l'attention du ministre sur ces faits, qui sont de nature à compromettre le fonctionnemeni du service de santé en campagne. et nous nous associons volontiers à sa réclamation. — L.-H. P.

Lithotritie en une séance pour un calcul volumineux composé de parties égales d'oxalate de chaux et de phosphate de chaux,

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 juin 1891,

Par M. le docteur DUBUC, ancien interne des hôpitaux.

L'opération de la lithotritie pratiquée en une séance, suivant la méthode de Bigelow, avec l'aide du chloroforme, et en prenant des précautions antiseptiques rigoureuses, donne des résultats si favorables qu'il semble difficile qu'elle devienne l'objet de quelque progrès important.

Il est donc nécessaire, pour qu'un cas mérite d'être publié, qu'il présente certaines particularités exceptionnelles relatives, par exemple, au volume et à la dureté du calcul, qui en rendent l'étude instructive.

C'est à ce double titre, et aussi eu égard à la composition du calcul, que

---

Université, qui est bien allemande, celle-là, car il n'y a pas un seul étudiant français. A quelle nationalité appartiennent ceux qui sont désignés comme Alsaciens-Lorrains ?

D'après le relevé officiel, le chiffre des étudiants de l'Université de Strasbourg, inscrits pour le semestre d'été de 1891, s'élève à 917, contre 947 pendant le semestre d'hiver dernier et 902 pendant le semestre d'été de 1890. Ces 917 étudiants se répartissent ainsi, suivant les différentes Facultés : Théologie, 113; droit, 200; médecine, 337; lettres, 117; sciences, 150.

Sous le rapport de la nationalité, l'Université compte 343 étudiants d'Alsace-Lorraine, 260 de la Prusse, 67 de la Bavière, 56 du grand-duché de Bade, 25 du grand-duché de Hesse, 18 du Wurtemberg, 15 de Hambourg, 10 du royaume de Saxe, 7 de Brême, 4 du grand-duché de Saxe-Weimar, 3 du grand-duché de Saxe-Cobourg-Gotha, 2 du grand-duché de Mecklembourg-Schwerin, 2 du duché de Saxe-Meiningen, 2 de la principauté de Schwarzbourg-Rudelstadt, 1 du duché de Brunswick, et 1 du grand-duché de Mecklembourg-Strélitz.

Sur les 99 étudiants étrangers, 20 sont originaires de la Suisse, 15 de la Grande-Bretagne, 11 de la Russie, 9 du Luxembourg, 9 de l'Autriche-Hongrie, 2 de l'Italie, 1 de la Belgique, 1 du Danemark, 1 de la Hollande et 1 de la Turquie. L'Amérique est représentée par 22 étudiants et l'Asie par 7, dont 6 Japonais. Outre les étudiants inscrits, on compte encore 31 auditeurs bénévoles, ce qui porte à 948 le nombre total des étudiants ayant le droit de suivre les cours de l'Université pendant le semestre d'été actuel.

j'ai cru utile de relater celui qui va suivre. Il présente encore un autre intérêt, celui d'être une troisième atteinte calculeuse chez un homme jeune.

Le malade, âgé de 29 ans, ouvrier doreur, entre, dans les premiers jours de janvier 1891, à la Pitié, dans le service de M. Polaillon, qui reconnaît l'existence d'un calcul, et veut bien me charger de pratiquer la lithotritie.

Les antécédents sont les suivants :

Le malade a été sujet, dès son enfance, à la gravelle; il a été lithotritié une première fois dans un autre hôpital, en juin 1887, pour un calcul qui mesurait, assure-t-il, 5 centimètres; une deuxième fois en, octobre 1889, pour un calcul de 3 centimètres. On ne lui a pas indiqué la composition de ces calculs, de sorte qu'il ne peut fournir aucun renseignement à cet égard.

Il dit avoir continué depuis lors à rendre du sable. Il a recommencé à éprouver de nouveau les symptômes de la pierre en juin 1890; la guérison, après la deuxième lithotritie, ne s'est donc pas prolongée au delà de huit mois.

L'urine se teinte de sang chaque fois qu'il prend de l'exercice; elle est purulente et glaireuse. Les besoins d'uriner sont fréquents, un peu plus la nuit que le jour, ce qui est l'inverse de ce qu'on rencontre d'ordinaire chez les calculeux où la fréquence diurne l'emporte, mais ce qui s'explique par l'existence de la cystite intense qui complique le calcul.

Les instruments parcourent difficilement l'urèthre, à cause de l'existence d'un spasme réflexe très développé, au niveau de la région membraneuse.

Les explorateurs à boule sont arrêtés à ce niveau, de sorte qu'on pourrait croire à l'existence d'un rétrécissement vrai; mais les sondes-bougies, même volumineuses, peuvent être conduites jusque dans la vessie.

Le malade, dès son entrée à l'hôpital, a pris, à titre de traitement antiseptique, du salicylate de soude (1 gramme par jour) et du sulfate de quinine (0 gr. 50 centig.).

L'opération est pratiquée le 9 janvier 1891.

Le malade est chloroformé.

Le fourreau de la verge, le prépuce, la surface du gland sont lavés avec la solution de sublimé à 1/1000e; la cavité de l'urèthre et la cavité vésicale avec la solution boriquée à 4 p. 100.

Le calcul, saisi à l'aide du lithotriteur fenêtré n° 2 (mors Reliquet), mesure au delà

Pendant que les uns s'instruisent, les autres se suicident. Les journaux allemands publient une statistique d'après laquelle, dans l'armée prussienne, et dans le 12e corps (Saxon) et le 13e corps (Wurtembergeois), il y aurait eu, en quatre années (de 1884 à 1888), 949 suicides de soldats, officiellement constatés. Le chiffre le plus élevé aurait été atteint par le 5e corps (Posnanie), puis par le 3e (Berlin); le moindre, par le 7e (Westphalie). C'est surtout au moyen de leurs fusils que ces soldats se suicident. Est-ce par crainte d'être tués par eux pendant les manœuvres, puisqu'il paraît que beaucoup d'eutre eux éclatent?

En tout cas, on ne sera plus embarrassé maintenant pour ramasser les blessés. On vient de faire récemment, dans un bataillon de chasseurs prussiens, des expériences de dressage des chiens (chiens de berger et chiens-loups) pour la recherche des blessés sur les champs de bataille, surtout dans les terrains accidentés, boisés, où l'homme blessé échappe facilement aux investigations des brancardiers.

Le dressage de ces chiens s'effectue de la manière suivante : Les hommes désignés pour simuler les blessés pendant la manœuvre se couchent dans la broussaille, le visage contre terre, en conservant l'immobilité. Les chiens du bataillon se dispersent et doivent chercher la trace des blessés. Lorsqu'ils en découvrent un, ils posent sur lui leurs pattes de devant et se mettent à aboyer pour appeler l'attention des brancardiers. Ces derniers se dirigent de ce côté. Les chiens aboient, sans quitter le blessé, jusqu'à ce que les brancardiers aient répondu à leur appel.

N'a-t-on pas eu raison de dire que la plus belle conquête que l'homme ait jamais

de 5 centimètres de diamètre. Cette dimension dépasse la limite dans laquelle l'écrou peut embrasser le pas de vis; j'opère donc le premier broiement par percussion à l'aide du marteau.

Je fais ensuite 70 prises environ, dont quelques-unes volumineuses; la pression de la vis suffit pour la plupart; mais, quelques-unes y résistant, je me trouve obligé de recourir au marteau.

Vers la fin de cette première partie du broiement, il me devenait extrêmement difficile de séparer les deux mors l'un de l'autre après leur rapprochement; il semblait que la matière lithique, tassée entre eux, les maintînt adhérents; la traction directe sur la branche mâle ne suffisant pas à en produire l'écartement, je n'y parvenais qu'en faisant agir la vis en sens inverse, au prix d'un effort considérable.

J'ai dû interrompre le broiement; puis, j'ai procédé, à l'aide du lavage et de l'aspiration, à l'évacuation des débris qui formaient une quantité déjà très importante.

J'ai pu alors m'assurer que ce qui empêchait le libre jeu des deux branches l'une sur l'autre, c'était le tassement de débris dans la portion la plus reculée de la branche femelle, au voisinage du talon. Il existe souvent, en ce point, un espace libre entre les deux branches, surtout dans les instruments dont on a fait un fréquent usage, de sorte que des débris peuvent s'y tasser, gêner le glissement de la branche mâle et rendre la manœuvre moins rapide et même impossible, surtout lorsqu'on est obligé de prolonger le broiement en raison du volume du calcul.

Les débris évacués, j'ai introduit un lithotriteur n° 1 1/2 avec lequel j'ai fait 35 prises, dont quelques-unes ont nécessité l'emploi du marteau. J'allais continuer le broiement, lorsque tout à coup la vessie, entrant en contraction, chassa la totalité du liquide qu'elle contenait.

La chloroformisation n'avait pas été maintenue à un degré suffisant à cause de phénomènes asphyxiques qu'avait présentés le patient.

Ici s'est présenté un incident dont je n'avais pas encore été témoin; la vessie, contractée spasmodiquement sur les débris et l'instrument, immobilisait en quelque sorte ce dernier et lui donnait une véritable fixité, de sorte que je ne pouvais plus le faire mouvoir. Il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'une vessie jeune, bien musclée et énergiquement contractile.

Après quelques instants d'attente, et grâce au chloroforme, ce spasme musculaire prit fin; je retirai le lithotriteur et procédai une deuxième fois au lavage et à l'aspiration, qui eurent pour résultat de ramener encore une quantité importante de débris.

---

faite, c'est celle du chien. Buffon n'avait connu que le cheval, aussi son instruction était elle insuffisante.

***

Du cheval, on peut passer à la vache, qui est aussi une belle conquête, mais qui, paraît-il, peut nous empoisonner par son lait, quand on a eu l'imprudence de la nourrir avec des feuilles d'artichaut.

On sait qu'entre autres éléments la feuille d'artichaut contient un principe, la *cinarine*, qui n'est rien autre chose qu'un alcaloïde, que les chimistes sont parvenus à déterminer rigoureusement et dont les physiologistes ont reconnu et expérimenté les effets. Un travail de M. le docteur Pauthier (de Senlis) est une véritable note d'hygiène professionnelle, où ce praticien signale un réel danger, sur lequel il est de toute nécessité d'attirer l'attention de tous les jardiniers, éleveurs et agriculteurs en général.

L'auteur expose, dans ce travail, le danger que présente pour les enfants l'usage du lait provenant de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut. Il semble prouvé aujourd'hui que la cinarine qui est, nous l'avons dit, le principe actif de ces feuilles, donne aux enfants de la diarrhée et des vomissements. Toute ingestion de lait provenant d'animaux soumis à cette alimentation est suivie presque immédiatement des accidents que nous venons d'indiquer et dont le caractère va en s'aggravant si l'allaitement de l'enfant avec ce lait est poursuivi.

Ayant introduit une troisième fois le lithotriteur (n° 2), j'achevai le broiement en faisant une vingtaine de prises dont quelques-unes donnaient 2 centimètres d'écartement aux mors. Troisième lavage et troisième aspiration.

Une exploration minutieuse de la vessie ne me permettant plus d'y sentir aucun fragment, je la lavai soigneusement d'abord avec la solution boriquée, puis avec une solution de nitrate d'argent à 1/500e pour rendre l'asepsie plus complète; je pris les mêmes précautions pour l'urèthre.

Le malade fut laissé sans sonde à demeure.

L'opération avait duré en tout une heure.

Large cataplasme laudanisé bien chaud sur la région abdominale; tilleul chaud avec un peu d'eau-de-vie. Bouillon. 1 gramme de sulfate de quinine en deux doses.

Les débris *entièrement blancs* remplissaient un verre à pied. Ils ont donné, après dessiccation à l'étuve, un poids de 61 gr. 50 centigr.

L'analyse qualitative a été faite avec soin par M. Gerber, interne en pharmacie du service. Je transcris ici la note qu'il a eu l'obligeance de me remettre.

Il n'a trouvé que des traces d'urates et de carbonates.

Les débris sont constitués de parties égales d'oxalate de chaux et de phosphates.

Il y a très peu de magnésie et d'ammoniaque, ce qui permet d'affirmer que le phosphate ammoniaco-magnésien n'entre que pour une très faible part dans la composition du calcul.

C'est donc un calcul composé à peu près exclusivement, et par parties égales, d'oxalate de chaux et de phosphate de chaux.

Les suites de l'opération ont été très bénignes; toutefois, le lendemain et le surlendemain, il y a eu une légère élévation de la température (37°8 et 38°1); l'urine était restée sanguinolente.

Ces phénomènes ont cessé après l'expulsion, le surlendemain de l'opération, de six petits débris d'écorce, minces, durs, n'atteignant pas chacun la dimension d'une lentille.

L'urine a cessé de contenir du sang et la température s'est établie à 37° pour n'en plus bouger.

Le malade a quitté l'hôpital le 21 janvier, douze jours après l'opération. L'urine n'était plus que très légèrement trouble.

Il n'a pas consenti à un séjour plus prolongé, qui aurait permis de continuer quelques lavages vésicaux avec la solution de nitrate d'argent, parce qu'il était pressé de reprendre son travail pour subvenir aux besoins de sa famille.

La constatation de ces faits expliquerait peut-être l'origine de quelques-unes de ces diarrhées subites et rebelles que tout praticien exerçant à la campagne a pu constater.

Quoi qu'il en soit, M. Leblanc estime qu'en présence des propriétés dangereuses de ces feuilles, qui par elles-mêmes constituent, du reste, un fourrage médiocre, il est nécessaire de signaler ce danger à l'attention du public et des agriculteurs, afin d'éviter le retour de semblables accidents.

* * *

Dans le feuilleton de notre numéro du 5 avril 1890, j'ai rapporté que beaucoup de personnes prétendent pouvoir reconnaitre la virginité chez la femme par la mesure du cou : « La circonférence du cou prise avec un fil à sa partie moyenne, on double la longueur de ce fil, on en fait tenir entre les dents incisives les deux extrémités, et l'on embrasse le sommet de la tête avec l'anse qui en résulte. Si le fil passe librement par dessus le vertex, mauvais signe; si, au contraire, l'anse se trouve trop étroite, on conclut en faveur de la virginité. »

Un de nos sympathiques confrères du Caire, le docteur S. Schemeil, rédacteur de *Al-Shifa*, nous écrit à ce sujet :

« Je ne nie pas que le cou de la femme puisse grossir peu après les premières approches de l'homme, mais je ne saurais admettre l'exactitude de l'assertion qui veut que ce moyen puisse servir pour reconnaître la virginité. Il faudrait alors que l'anse ainsi formée ne pût passer, la femme étant pubère, mais encore vierge.

A s'en tenir à l'aspect des débris entièrement blancs, on aurait pu croire que le calcul était composé exclusivement de carbonate et de phosphate de chaux.

L'analyse chimique a révélé pourtant que l'oxalate de chaux s'y rencontrait en abondance, fournissant à peu près la moitié du poids.

Cette particularité est intéressante. Elle explique la présence de la gravelle, dès le jeune âge, chez ce malade; elle rend compte de sa persistance et, par conséquent, de la récidive des calculs; elle explique aussi les difficultés rencontrées dans le broiement, par suite de la grande dureté de certains des fragments saisis.

Un autre point qui mérite d'appeler l'attention, c'est la rapidité de la récidive après la deuxième opération de lithotritie subie par le malade en octobre 1889. Dès le mois de juin suivant, c'est-à-dire au bout de huit mois, les symptômes de l'existence d'une nouvelle concrétion vésicale se manifestaient déjà chez lui.

Le poids très élevé du calcul que j'ai broyé (62 grammes) et la rapidité de sa formation (quinze mois) dénotent la fâcheuse tendance de son appareil urinaire à produire des concrétions calculeuses et peuvent légitimement faire craindre que les récidives de la pierre, déjà observées chez lui, ne soient pas les dernières.

REVUE DES CLINIQUES

La pneumonie chez les diabétiques, par M. Merklen (1). — La pneumonie est, au cours du diabète, une des complications les plus redoutables. Sa fréquence relative est difficile à préciser, mais elle est assez grande pour qu'il faille recommander aux diabétiques des précautions toutes spéciales au point de vue des fatigues et des refroidissements.

C'est parfois un accident ultime survenant sans symptômes fonctionnels, sans dyspnée,

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux.*

« J'ai parlé de ce moyen dans une revue arabe de médecine, *Al Shifa*, dans son numéro du 15 juin 1887, non comme moyen pour reconnaître la virginité, mais comme moyen connu en Syrie depuis un temps reculé et employé dans les premiers temps par les percepteurs des droits personnels, appelés *droits de capitation*, pour reconnaître la puberté, ce droit étant payé, suivant la loi musulmane, par le sexe mâle seul, non d'après l'âge majeur qui demande qu'on ait atteint un certain nombre d'années (21 ans suivant les lois européennes), mais d'après l'âge pubère qui varie beaucoup, comme on le sait, suivant les pays et les individus.

« Toutes les fois qu'on avait des doutes sur cette puberté (entre 12 et 16 ans), et pour éviter un autre moyen d'investigation plus indiscret, on avait recours à ce moyen bien simple.

« Les expériences récréatives, auxquelles je me suis livré sur un grand nombre de personnes depuis que j'ai eu connaissance de ce moyen, m'ont démontré son exactitude comme signe de puberté dans les deux sexes. »

Je remercie M. le docteur S. Schemeil de son intéressante communication qui m'apprend une chose que j'ignorais sur les mœurs musulmanes. Elle est parfaitement fondée d'ailleurs, car on sait qu'au moment de la puberté le larynx, le corps thyroïde et la circonférence du cou, d'une manière générale, augmentent. Je crois comme lui que la simple puberté a bien plus d'influence sur cet accroissement que la perte de la virginité.

Simplissime.

sans point de côté, sans frissons chez les diabétiques avancés. Dans ces formes insidieuses, l'examen local peut seul faire le diagnostic et, au milieu de l'affaiblissement général, l'attention est si peu attirée vers la poitrine que la pneumonie peut n'être qu'une simple trouvaille d'autopsie.

Dans le diabète gras ou à marche lente, la pneumonie a une évolution plus régulière, mais présente certaines particularités. Le frisson manque souvent et le point de côté est loin d'être constant. Par contre, la dyspnée est très marquée en rapport avec l'intensité et l'étendue des phénomènes congestifs, et ces phénomènes peuvent acquérir une telle gravité qu'ils entraînent la mort en trente-six ou quarante-huit heures. Ce sont les pneumonies foudroyantes de Bouchardat.

Un peu plus tard, la suppuration constitue chez les diabétiques, comme chez les alcooliques, une des terminaisons communes de la pneumonie. La gangrène est également à craindre, cliniquement, il est à remarquer qu'un des symptômes les plus importants de la gangrène du poumon, la fétidité de l'haleine et des crachats, manque parfois dans la pneumonie des diabétiques. Mais les débris sphacélés contenus dans les crachats permettent le diagnostic.

La pneumonie des diabétiques n'est pas cependant fatalement mortelle et le malade dont je vais vous rapporter l'histoire en est la meilleure preuve. Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, diabétique depuis six à huit ans. Son diabète, apparu sous l'influence de causes complexes, alcoolisme, arthritisme, influences morales dépressives, est un diabète chronique à marche lente. Il a, dit-il, uriné jusqu'à 15 grammes par litre, mais la polyurie a diminué et la glycosurie, elle-même, aurait été abaissée dans ces derniers temps jusqu'à 10 grammes par litre, grâce au traitement par l'antipyrine. Il y a quatre ans, ce malade a eu un anthrax de la région lombaire, mais à part cela, et en dépit d'une vie agitée et irrégulière, sa santé s'est maintenue bonne jusqu'à ces derniers jours. Il toussait depuis un mois, atteint d'un rhume vulgaire; quand le 8 mars dernier, ayant pris froid sur l'impériale d'un omnibus, il fut atteint d'un point de côté violent et de fièvre. Deux jours après, il entrait dans notre service avec tous les symptômes d'une pneumonie grave, subdelirium, langue sèche, dyspnée, température à 39°4 et pouls à 120. L'examen de la poitrine révélait une hépatisation des deux tiers inférieurs du poumon gauche et de la congestion pulmonaire de la base droite. Les crachats étaient franchement rouillés. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. Je portai un pronostic sévère, que la suite de la maladie a heureusement démenti. Très rapidement, en effet, la langue redevint humide, la congestion pulmonaire droite disparaissait et les râles crépitants de retour apparaissaient dans le tiers inférieur du poumon gauche. En même temps, le pouls tombait à 96 et les urines, primitivement rares, atteignaient 2 litres et contenaient du sucre. Aujourd'hui la défervescence est complète et la résolution de l'hépatisation pneumonique est en bon chemin. Mais, permettez-moi de revenir sur un certain nombre de points qui me paraissent particulièrement intéressants ; la marche de la température, les modifications des urines et le traitement.

Vous n'ignorez pas que le diabète détermine parfois un abaissement de la température du corps. Griésinger, Rosenstein, M. Jaccoud ont signalé des températures de 35 à 36 degrés et Vogel de 34 degrés. Cette hypothermie ne s'observe toutefois, comme l'ont fait remarquer Cl. Bernard et M. Jaccoud, que chez des diabétiques amaigris, à une période avancée de la maladie. Elle paraît due à la diminution des oxydations intra-cellulaires, ainsi que l'indiquent la diminution de l'oxygène consommé et de l'acide carbonique produit. Mais que devient la température chez le diabétique atteint d'une maladie fébrile? D'après M. Lecorché, elle ne s'élèverait que fort peu; chez les malades atteints de phlegmon et de pneumonie, il a vu la température ne pas dépasser 38 degrés. Cette hypothermie relative est cependant exceptionnelle dans la pneumonie des diabétiques, et d'après un certain nombre d'observations que j'ai compulsées, la température est le plus souvent élevée, atteignant 39, 40 degrés et au delà. Chez notre pneumonique diabétique, la marche de la température n'a rien présenté, qui ne puisse se retrouver dans une pneumonie vulgaire. Jusqu'à la fin du sixième jour, elle est restée à 39 degrés et au-dessus, avec de très légères oscillations. C'est là le type fébrile subcontinu propre à la pneumonie. Puis, elle a affecté le type rémittent et la défervescence n'a pas été

brusque. Cette marche un peu irrégulière du cycle thermique n'a rien à voir avec le diabète, mais appartient à la grippe qui règne à ce moment. D'ailleurs, ainsi que cela s'observe dans la pneumonie grippale, la défervescence a été retardée jusqu'au neuvième jour, et la résolution de l'hépatisation pulmonaire gauche est lente à se faire.

C'est un fait bien connu que les maladies fébriles intercurrentes, la pneumonie, en particulier, font diminuer ou disparaître le sucre de l'urine des diabétiques. Notre malade, à son entrée dans le service, n'avait pas de sucre dans ses urines. En même temps, nous observions une congestion douloureuse du foie dont la signification m'échappe; cette congestion a rapidement diminué et la matité hépatique, primitivement de 16 centimètres dans le sens vertical, s'est abaissée à 12 centimètres. Le sucre a reparu dans les urines au bout de quelques jours. Le sixième jour, alors que la température atteignait encore 39°3, l'analyse révélait 13 grammes de sucre pour les vingt-quatre heures; deux jours après, la température était descendue à 38°2, le sucre atteignait 68 grammes; enfin actuellement, en pleine défervescence, il y a environ 30 grammes. Ainsi, contrairement à ce qui se passe dans les pneumonies graves des diabétiques où le sucre diminue progressivement jusqu'à la mort, la glycosurie a reparu et augmenté à mesure que l'état de notre malade s'améliorait. Il va sans dire que la quantité des urines s'élevait en même temps, puisque, primitivement à 900 grammes pour les vingt-quatre heures, elle a rapidement atteint 2 à 3 litres. Le retour de la glycosurie et de la polyurie est en pareil cas d'un pronostic favorable. Je ne ferai que vous signaler en passant l'azoturie qui s'est produite au moment de la défervescence, ce phénomène appartenant non au diabète, mais à la crise urinaire normale de la pneumonie; elle accompagne fréquemment le diabète; malgré la coexistence de ces deux maladies, les reins de notre malade sont restés intacts, et cette circonstance n'a, sans doute, pas été étrangère à l'issue favorable de sa pneumonie. Car vous connaissez toute l'importance de l'élimination urinaire à la fin de cette maladie, les urines entraînant à ce moment non seulement un excès d'urée, mais les substances toxiques fabriquées et retenues dans le sang pendant le cours de la pneumonie. Cette crise urotoxique, comme l'ont appelée Roger et Gaume, doit être particulièrement dangereuse dans la pneumonie des diabétiques dont les reins sont altérés, et l'urémie peut s'ajouter aux autres dangers de cette grave complication.

Cette importance de l'élimination rénale doit donner les indications thérapeutiques. Chez notre malade, nous avons avant tout cherché à activer la sécrétion urinaire. La caféine a été administrée en injections sous-cutanées à la dose de 1 gramme par jour; ce médicament se recommande non seulement comme diurétique, mais comme tonique du cœur.

Passant sur les inconvénients problématiques que pouvait offrir l'ingestion de la lactose contenue dans le lait, nous avons insisté pour que le malade prît deux à trois litres de lait dans les vingt-quatre heures. Le sulfate de quinine a été également donné à la dose de 1 gr. 50 par jour; son action antipyrétique, son utilité contre la grippe, son efficacité dans le diabète indiquaient pleinement son emploi. Comme agent de révulsion, nous n'avons employé que les ventouses sèches ou scarifiées en grand nombre; les vésicatoires sont doublement contre-indiqués chez les diabétiques à cause des complications cutanées et de l'irritation rénale que peut entraîner leur emploi.

En résumé, la pneumonie emporte les diabétiques débilités à cause de sa tendance suppurative et gangréneuse; elle peut tuer les diabétiques albuminuriques par urémie; elle peut enlever les diabétiques de la forme bénigne ou lente à cause de l'intensité des phénomènes congestifs et de la malignité propre à certaines épidémies. Mais la mort n'est pas fatale, et le pronostic, tout en restant grave, ne doit pas être désespéré.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions de la gorge dans le rhumatisme, par Fletcher-Ingals. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891.) — Affection dite à tort laryngite rhumatismale chronique

parce qu'elle affecte ordinairement le larynx; mais, dans beaucoup de cas, elle envahit en même temps les piliers, l'os hyoïde et la trachée; parfois le larynx est entièrement intact. L'auteur n'a pas vu décrite cette affection avant la description donnée par lui au Congrès de Washington en 1887. Elle survient de préférence au printemps et chez les hommes; chez des adultes de 20 à 60 ans, de toutes classes.

Pas d'autres caractères anatomiques qu'un congestion légère variable, elle peut frapper subitement; mais, ordinairement, le malade s'en plaint pendant des mois avant de consulter; celui-ci craint et on lui diagnostique toutes sortes d'affections, telles que tuberculose, syphilis, cancer. La santé générale est indemne; la douleur, localisée à la corne de l'os hyoïde, plus souvent à droite. Par ordre de siège viennent ensuite le larynx, la trachée, les amygdales, la base de la langue.

Voix ordinairement intacte, douleur peu marquée.

Le diagnostic se fait par l'inspection soigneuse des parties, par la marche de l'affection et par les résultats du traitement.

Le diagnostic avec les varices, l'hypertrophie des glandes de la base de la langue, l'amygdalite ou glossite folliculaire, la syphilis, la tuberculose, l'angine des fumeurs, l'angine névralgique, le cancer, est longuement discuté.

A moins de traitement, le maladie peut durer plusieurs mois et même plusieurs années, mais la vie n'est pas en danger.

Le traitement, sans oublier la prophylaxie très importante, consiste en applications de teinture d'aconit, de sulfate de zinc; la morphine soulage souvent beaucoup.

P. N.

Contribution au traitement par le menthol de la tuberculose du larynx, par Ossendowsky. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891.) — Expériences sur 12 cas de tuberculose du poumon, sur 15 cas de tuberculose du larynx. Chez les pulmonaires, le remède était administré à l'extérieur en même temps qu'en inhalations. Chez les laryngés on faisait, de plus, des badigeonnages.

Voici les principaux résultats : en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, le traitement est suivi d'une amélioration considérable de l'état général : augmentation de l'appétit, expectoration facile et diminuant de quantité; le remède n'expose pas à l'irritation rénale, ni à l'hémoptysie.

Pour la tuberculose du larynx, le menthol possède indubitablement une action analgésique considérable, vu le soulagement considérable ressenti après chaque application locale qui diminue l'inflammation et les infiltrations; les ulcérations superficielles ont une tendance à guérir, mais non les profondes. Il semble préférable de commencer toujours avec une solution à 10 p. 100, et d'augmenter petit à petit la dose, les solutions fortes (40 et 50 p. 100) pouvant causer de l'irritation. Enfin, pour obtenir un succès, associer toujours le traitement local et général. — P. N.

Contagiosité de l'impétigo chez les enfants, par le docteur Variot (*Revue de thérapeutique*, 1891). — L'auteur a insisté sur ce point que l'impétigo des enfants est souvent contagieux et inoculable, et il rapporte des exemples probants. De plus, il a prouvé expérimentalement l'inoculabilité. Une lancette fut chargée du pus d'une pustule d'impétigo et introduite sous l'épiderme du bras d'un enfant de 4 ans comme pour le vacciner. Les jours suivants, on vit apparaître une vésicule purulente avec une aréole inflammatoire étendue. Malgré les soins et les pansements, la pustule ne se dessécha pas; à la place une ulcération se creusa, qui prit un caractère phagédénique et dont la cicatrisation fut difficilement obtenue. L'état de nutrition générale de l'enfant était mauvais.

Pour M. Variot, il faut toujours, en présence d'un impétigo, se comporter comme s'il était contagieux. Il faut donc isoler les enfants atteints et prévenir les parents.

Le traitement local suffit presque toujours pour la guérison. Des cataplasmes de fécule de pomme de terre, fréquemment renouvelés, ramollissent les croûtes et préparent la cicatrisation. Des lotions boriquées à 4 p. 100 et des applications de pommade avec glycérolé d'amidon, 30 grammes, acide borique, 4 grammes, font rapidement disparaître l'éruption.

Il n'y a pas de phénomènes de répercussion viscérale à craindre si l'impétigo est peu étendu, mais il vaut mieux attaquer l'éruption par fragment si elle envahit une grande étendue de la peau. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 juin 1891. — Présidence de M. DUBUC, vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit les journaux et revues; — *Etude sur l'adénie ou pseudo-leucémie (maladie de Hodgkin)*, par le docteur Jean Crocq fils, Bruxelles, 1891; — plusieurs numéros du journal *El Mensajero de America*, paraissant à Paris depuis cette année; — une circulaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, annonçant que le prochain Congrès aura lieu à Marseille, du 17 au 24 septembre.

— M. WICKHAM écrit pour s'excuser de ne pas assister à la séance.

— M. DUBUC lit une observation de lithotritie en une séance pour un calcul volumineux composé par parties égales d'oxalate et phosphate de chaux. (Voir plus haut.)

M. DUROZIEZ demande s'il ne serait pas plus important de connaître le volume que le poids des calculs?

M. DUBUC répond qu'il est préférable d'avoir le poids net; 62 grammes est un poids déjà élevé. On a le volume en tenant le calcul dans la main.

— M. DUROZIEZ fait une communication sur le *rétrécissement mitral*. (Sera publiée.)

M. BESNIER : Quel est le pronostic à porter sur les enfants atteints de rétrécissement mitral dont parle M. Duroziez ?

M. DUROZIEZ : Il faut être très réservé, mais cependant la gravité n'est pas en rapport avec l'intensité des lésions.

M. DUBUC connaît un jeune homme qui avait, il y a quelques années, au cœur, un souffle énorme datant de la naissance; maintenant, il est vigoureux et bien portant. Cependant, tous les ascendants avaient eu des lésions cardiaques ou rhumatismales.

M. BESNIER : Est-il bon de conseiller la gymnastique ?

M. DUROZIEZ : Quand il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux nets, on peut mettre bon nombre de ces souffles sur le compte de la chlorose, et alors la gymnastique peut avoir des avantages.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

De quelques nouvelles médications.

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HYPNOTIQUE DU SULFONAL. (*Les Nouveaux Remède*, 1891.)

L.-C. Toney range le sulfonal parmi les meilleurs hypnotiques chez les personnes dont l'état psychique est intact. Il a obtenu de bons résultats dans 80 p. 100 de tous les cas (les échecs ne se rencontrent ordinairement que chez les fous atteints de manie intense). Le sommeil est plus profond chez les enfants que chez les adultes. Pour ces derniers, la dose à employer est de 0 gr. 30 à 1 gr. 50, en moyenne 0 gr. 72 à 0 gr. 90. Le sommeil survient ordinairement trois heures après l'administration du médicament, et dure sept heures environ. Il n'a jamais observé de vomissement, ni d'autre phénomène secondaire fâcheux quelconque. D'après lui, tout médecin sera obligé de recourir toujours au sulfonal dès qu'il aura à traiter des affections nerveuses quelconques; ce n'est qu'à ce prix qu'il pourra espérer obtenir des succès. — N. P.

FORMULAIRE

Potion antidiarrhéique.

Sous-nitrate de bismuth............		2 à 4 grammes.
Hydrolat de fleurs d'oranger.........		60 —
Sirop de grande consoude..........	àâ	10 —
Sirop de coings....................		

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à café aux enfants, pour arrêter la diarrhée qui accompagne le muguet. — N. G.

COURRIER

Les candidats au Bureau central (médecine), déclarés admissibles aux épreuves définitives, sont : MM. Œttinger, Lebreton, Le Gendre, Dalché, Marfan, Roger, Gauchas et Darier.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Prosecteurs titulaires : MM. Jonnesco et Chevalier.

Prosecteurs provisoires : MM. Mauclair et Nogués.

— L'ouverture du concours pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, qui devait avoir lieu le lundi 3 août 1891, est fixée au samedi 25 juillet.

Cette séance aura lieu ledit jour à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Le registre d'inscription des candidats restera ouvert du lundi 29 juin au samedi 18 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures, les dimanches et jours de fête exceptés, au chef-lieu de l'Administration de l'assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours la question suivante, pour 1891 : *Prix de médecine* (300 francs). — Rapporter au moins six observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.) d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

Le prix consistera en une somme de 300 francs, dont 100 francs pour le rachat de cotisations du lauréat. (Offert par M. Decroix.)

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux médecins qui en feront la demande au président, 38, rue Jacob, Paris.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Princeteau.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Damourette (de Sermaize) et Mouzard (de Paris).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT,** agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

REVUE TRIMESTRIELLE D'OBSTÉTRIQUE

De l'accouchement provoqué.

PEUT-ON FIXER IMMÉDIATEMENT LA DATE DE L'OPÉRATION.

J'étudie dans cette *Revue* l'indication la plus commune de l'accouchement provoqué, celle qui prime toutes les autres, le rétrécissement du bassin.

Il importe, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte dont le pelvis est étroit, de préciser le moment où il conviendra de provoquer le travail. Le problème suivant se pose : à quel moment les dimensions du fœtus seront-elles appropriées à celles de la filière pelvienne? Problème difficile, soluble *par à peu près*.

Comment mesurer le bassin? Comment mesurer le fœtus?

Pour mesurer le bassin, un bon accoucheur — j'entends par là un accoucheur clinicien et non un accoucheur bibliographe — n'a pour instrument que le doigt ou la main. C'est le seul pelvimètre pratique. De plus, on ne peut vraiment apprécier que les dimensions du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et celles du diamètre transverse du détroit inférieur. Pour les autres dimensions, on se borne à constater qu'elles paraissent grandes, moyennes ou petites et que l'excavation a ses deux moitiés symétriques ou asymétriques.

Les viciations les plus fréquentes du bassin sont dues au rachitisme ou à la cyphose par un mal de Pott survenu dans le jeune âge et siégeant dans la région sacro-lombaire, lombaire, quelquefois dorso-lombaire du rachis, par conséquent dans la partie basse de la colonne.

Or, le maximum de la viciation dans le premier cas siège au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et, dans le second, au diamètre transverse du détroit inférieur. Puisque ces diamètres sont les seuls mesurables, il est heureux que ces deux genres de viciation soient les plus fréquents. Le premier l'est beaucoup plus que le second.

On mesure le bassin avec l'index seul, avec l'index et le médius réunis, avec la main.

Toutes les fois qu'un praticien doit faire l'examen obstétrical, lors même qu'aucune apparence extérieure ne laisse soupçonner une déformation osseuse, lors même que des accouchements antérieurs multipliés ont eu lieu spontanément et à terme, il commet une négligence en n'explorant pas la capacité du pelvis.

Le toucher mensurateur sera pratiqué de la façon suivante : La femme, étant couchée, l'accoucheur, introduit l'index dans le vagin et l'enfonce doucement, profondément, sur la ligne médiane, dans le cul-de-sac postérieur. Pour pénétrer *à fond*, l'expérience fait prendre au médecin une attitude tellement caractéristique que des assistants expérimentés peuvent dire : ce praticien sait ou ne sait pas toucher. Le corps prend un point d'appui par son flanc droit ou gauche sur le bord du lit; il est incliné latéralement et en avant; l'épaule du bras inoccupé est effacée, le coude du bras occupé touche le lit, si bien que l'avant-bras, du poignet à l'olécrâne, repose sur les draps entre les jambes de la femme. *De cette façon, et de cette façon seulement, on explore* à *fond*. Il est même parfois utile de soulever la région sacrée ou de mettre la femme dans la situation obstétricale pour abaisser le coude encore davantage.

La pulpe de l'index tâte au fond, en haut, en bas, à droite, à gauche. Alors, de deux choses l'une : ou le doigt se perd dans les parties molles, ou il se heurte contre une paroi osseuse. Dans ce dernier cas, si la résistance osseuse est perçue en haut ou au milieu de l'excavation, le rétrécissement existe. Je fais cette restriction parce que, chez certaines femmes, on atteint les parties basses ou même moyennes du sacrum, quand le périnée, court, déchiré, ou très souple, se laisse déprimer ou pénétrer par l'angle des articulations phalango-phalanginiennes du médius, de l'annulaire et du petit doigt ployés dans la paume de la main. Dans le premier cas (le doigt ne rencontre que les parties molles), le bassin n'est pas rétréci; mais ne tirez pas cette conclusion à la légère. Explorez avec soin, poussant en haut, parfois très haut le doigt qui soulève le col et le segment inférieur de l'utérus. En effet, il y a des bassins dont le sacrum, très concave, est inaccessible dans son milieu, et dont le promontoire, très élevé, est atteint difficilement. Ce ne sont pas les moins dangereux.

Certains opérateurs allongent le pelvimètre digital d'un centimètre en joignant le médius à l'index. D'autres n'y gagnent rien et peuvent même y perdre. Ce sont ceux dont l'annulaire et le petit doigt se fléchissent moins complètement quand le médius est étendu. Le médius n'ayant pas d'extenseur propre, son extension entraîne plus ou moins celle des doigts voisins.

L'introduction de la main entière ou d'une partie de la main est nécessaire dans les rétrécissements du détroit inférieur pendant la grossesse. Elle rend également service au détroit supérieur, mais pendant le travail ou après le travail quand les voies sont libres et permettent une pénétration complète. Disons donc qu'en règle générale il faut mesurer le détroit supérieur avec l'index, uni ou non au médius, et le détroit inférieur avec la main.

Maintenant, précisons davantage.

Pour le détroit supérieur, on cherche avec la pulpe de l'index ou celle du médius, le point *le plus saillant* de la paroi osseuse. On détermine ce point : promontoire ou faux promontoire. Le promontoire se reconnaît aux ailerons du sacrum, crêtes saillantes qui le prolongent à droite ou à gauche.

Alors, relevant le bord radial de l'indicateur qui bute contre la saillie, jusqu'à la rencontre de la voûte pubienne, on fait une marque à ce niveau avec l'un des ongles de la main libre en refoulant les parties molles du vestibule. Il est important de distinguer le promontoire du faux promon-

toire; mais il est *capital* d'avoir sous la pulpe de l'indicateur ou du médius-mètres l'os *le plus saillant*, puisqu'il faut connaître le diamètre *le plus étroit*.

Assurez-vous donc qu'au-dessus de cet os *le plus saillant* il n'y a plus de résistance osseuse. Voyez si, au-dessous, la résistance osseuse continue en ligne droite (sacrum plat), ou en ligne courbe (sacrum concave), ou un peu convexe (sacrum convexe). Dans le premier et le second cas, le rétrécissement est un simple anneau; dans le second, c'est un canal; les difficultés de l'accouchement seront donc plus grandes (Pinard); mais voyez surtout si le promontoire est bas ou élevé. Les promontoires élevés, alors même que le rétrécissement est annelé, sont plus dangereux que les promontoires bas parce qu'ils repoussent la tête du fœtus en avant et exposent à l'*asynelitisme,* c'est-à-dire aux inclinaisons latérales du crâne qui s'offre au couronnement pelvien par un des pariétaux et non d'aplomb par la pointe occipitale ou la suture sagittale. Ces bassins à promontoire élevé sont souvent plus défavorables qu'ils ne semblent. L'inverse est vrai pour les bassins à promontoire bas.

La mesure obtenue est celle du diamètre promonto ou sacro-sous-pubien. Ce n'est pas le plus petit diamètre. Que faire pour avoir le diamètre vrai? A ce sujet, les auteurs sont en désaccord. Les uns veulent qu'on retranche 0,01, d'autres 0,02, d'autres 0 025. L'usage le plus répandu se tient à une soustraction moyenne de 0,015. Celle-ci devrait donc varier, et, si l'on a pris une moyenne, c'est qu'il est difficile, sur le vivant, de connaître la déduction exacte. Dans sa thèse inaugurale, M. Pinard a étudié les causes multiples, anatomo-pathologiques de cette variation. Me plaçant au point de vue purement clinique, propre à simplifier les choses, je dirai qu'il ne faut pas retrancher moins de 0,01, et que plus le promontoire est élevé, plus il faut se rapprocher de la déduction maximum 0,025.

Pour le détroit inférieur, on doit pratiquer la mensuration de la façon suivante : La femme étant chloroformée, quatre doigts de la main sont introduits dans le vagin et placés en travers des ischions. On apprécie la largeur de cet espace d'après la facilité, la difficulté, l'impossibilité d'y loger les quatre doigts. Le procédé classique consiste à prendre extérieurement avec un ruban la distance qui sépare les ischions. Il ne faut ni le négliger ni s'y fier; c'est un appoint utile au procédé que j'ai indiqué; mais il expose à l'erreur. Sur les femmes grasses ou seulement charnues, on ne peut ni déterminer exactement le bord postérieur et la face interne de l'ischion, ni fixer le repère, à cause de la mobilité des tissus qui roulent sur les os.

Nous possédons maintenant un des termes du problème dont la solution permettra de fixer la date de l'accouchement prématuré. Remarquons que ce terme est un *à peu près,* surtout pour les bassins viciés au détroit supérieur, et ce sont les plus répandus.

Peut-on apprécier plus exactement les dimensions du fœtus? Les auteurs disent : à huit mois et demi de grossesse, le diamètre bi-pariétal du fœtus mesure 8 centimètres 1/2; à huit mois, 8 centimètres, etc., etc. Prenez, disent-ils, ces chiffres pour règle de conduite. De l'âge de la grossesse, déduisez les dimensions fœtales, et, les comparant à celles du bassin que vous avez mesuré, vous jugerez à quel moment les unes s'adapteront aux autres. Rien de plus simple, rien de plus commode; mais... c'est encore un

à peu près, puisque l'âge exact de la grossesse ne saurait être déterminé. Il y a environ trois semaines d'incertitude sur le point de départ.

Donc, jusqu'à présent, aucun repère précis. Cherchons-en d'autres. Ce qui s'est passé dans les accouchements antérieurs, quand il y en a eu, semble, *a priori*, devoir permettre de rigoureuses déductions. Erreur. Telle femme peut être accouchée onze fois de suite, spontanément, à terme, d'enfants vivants. La douzième fois, la parturition est impossible, bien que la présentation soit favorable, et le médecin est réduit à une opération mu tilatrice. Telle autre femme a un bassin étroit au point qu'on juge l'accouchement prématuré inutile, la vitalité du fœtus étant douteuse, on la fait avorter. Cette femme redevient enceinte et, par incurie et ignorance, se présente à l'hôpital au moment du terme. On prépare les embryotomes et, pendant ce temps, la femme accouche spontanément d'un fœtus qui atteint ou dépasse la moyenne. J'ai vu ce fait exceptionnel. Il n'y en a pas beaucoup dans la science. P. Dubois en citait un. Appelé en consultation, il avait condamné à la mutilation un enfant qui naquit spontanément pendant que le célèbre accoucheur descendait l'escalier.

Ainsi, les accouchements antérieurs, pas plus que la mensuration du bassin, pas plus que l'évaluation du volume du fœtus d'après l'âge de la grossesse, ne fournissent de renseignements précis. Il faudrait, pour bien faire, trouver le moyen de comparer par superposition la sphère céphalique à l'anneau pelvien, et à la suite d'une surveillance quotidienne ou tout au moins hebdomadaire, saisir pour la provocation du travail le moment précis où la tête s'adapte aux dimensions de la filière.

M. Pinard nous a décrit ce procédé, qu'il appelle le *palper mensurateur*. Bien qu'il ne soit ni applicable à tous les cas, ni mathématique, il mérite par sa simplicité pratique et par l'excellence démontrée de ses résultats, de n'être jamais négligé.

Pour pratiquer le palper mensurateur, après avoir reconnu et délimité avec la pulpe des extrémités digitales les branches horizontales du pubis, on refoule, avec une ou deux mains appliquées à plat sur le mont de Vénus et l'hypogastre, la sphère céphalique sur le promontoire; on l'y maintient et on constate si elle surplombe la symphyse pubienne. On choisit, pour la provocation du travail, le moment de la grossesse où sphère et symphyse se trouvent sur un même plan.

Si le palper mensurateur équivalait en précision, la comparaison qu'on peut faire entre une tête de poupée et un anneau à travers lequel on veut la faire passer, les autres moyens d'appréciation, même la mesure du bassin, deviendraient quantités négligeables lorsque le fœtus se présente par le sommet. Il n'en est pas ainsi. Le palper mensurateur nous renseigne *approximativement* sur l'adaptation de la tête au détroit supérieur et sur la réductibilité de la voûte crânienne, tantôt souple et parcheminée, tantôt dure et ossifiée. Il ne nous renseigne pas sur l'*aplomb* de la sphère céphalique; or, l'*asynclitisme*, ou inclinaison sur les pariétaux, peut faire obstacle à la descente d'une tête qui, d'*aplomb* ou faiblement inclinée (il y a un asynclitisme physiologique) passerait sans difficulté ou à frottement. Il ne nous renseigne pas davantage sur la forme générale de l'excavation. Enfin, il est parfois difficile à pratiquer ou impraticable, en particulier, sur les femmes obèses et sur celles dont l'utérus est en antéversion prononcée. Il ne rend aucun service et induit en erreur dans les cas de faux promontoire bas placé, parce que la tête glisse en arrière jusqu'au vrai promontoire.

L'accoucheur, pour fixer la date de la provocation du travail, ne devra donc pas se fier exclusivement soit à la pelvimétrie interne, soit aux accouchements antérieurs, soit au palper mensurateur. Il ne négligera rien de ce qui peut l'éclairer. Ces problèmes délicats, aux conséquences importantes, sont une des difficultés de la clinique obstétricale et leur complication même en fait le charme.

Je résume de la façon suivante la conduite à tenir :

1° Le bassin sera soigneusement mesuré. Dans les rétrécissements du détroit supérieur, on tiendra grand compte, pour la déduction à faire, de la hauteur du promontoire. Plus il est bas, moins il faut soustraire. Cette soustraction ne sera pas inférieure à 0,01 ; plus il est haut, plus il faut retrancher; maximum exceptionnel : 0,025. Dans ce cas, même si l'accouchement est, selon toute apparence, provoqué *justo tempore*, le pronostic sera plus réservé, pour faire la part de l'*asynclitisme*.

On constatera soigneusement la forme du sacrum. Les sacrums incurvés (bassins annelés) sont plus favorables que les sacrums droits ou convexes (bassins canaliculés). La forme générale de l'excavation sera appréciée le mieux qu'on pourra.

2° On s'assurera par la palpation du ventre que la tête occupe l'aire du détroit supérieur. Si elle ne s'y trouve pas, on cherchera à l'y ramener au moyen de la version par manœuvres externes, Autrement, on perdrait le gros bénéfice du palper mensurateur. On maintiendra par une ceinture la présentation céphalique. Aux yeux des accoucheurs français, elle est préférable à la présentation du siège, sauf quand le bassin présente une asymétrie notable.

3° Le palper mensurateur (Pinard) sera méthodiquement pratiqué.

4° La durée, la spontanéité des accouchements antérieurs ou les opérations qu'ils ont nécessitées seront prises en haute considération. On n'oubliera pas que les enfants sont de plus en plus gros, quand les grossesses ne sont ni trop éloignées, ni trop rapprochées, le père et la mère vigoureux et dans la force de l'âge.

5° En se conformant à de tels principes, on ne sera pas toujours certain du succès, mais on fera la part du hasard, moins large que ne la faisait P. Dubois dans son remarquable travail, sur lequel se réglaient et se règlent encore nombre d'accoucheurs.

Nous étudierons, dans une prochaine revue, les moyens les plus usités aujourd'hui pour la provocation du travail, et les résultats de l'opération d'après les meilleures et les plus récentes statistiques.

H. Stapfer.

REVUE DES CLINIQUES

Du goître suffocant, par M. le professeur Potain (1). — La dénomination de goître suffocant a été donnée à certains goîtres qui présentent le caractère commun de comprimer la trachée et de provoquer des accès de suffocation, dont l'intensité varie, mais qui, très souvent, deviennent réductibles.

Le goître peut devenir suffocant dans diverses conditions : 1° par un accroissement rapide; 2° par sa situation dans l'ouverture supérieure du thorax.

L'accroissement rapide du goître peut produire la compression de la trachée. Cela a

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

lieu quand un épanchement se produit dans un goître préexistant ou bien encore par le développement rapide de la glande elle-même. Mais, le plus souvent, c'est une tumeur petite qui, par son siège au niveau de l'ouverture supérieure de la poitrine, provoque la suffocation.

Le goître, qui devient ainsi suffocant, a généralement le volume d'un petit œuf; quelquefois, cependant, il est plus volumineux, mais c'est qu'alors, après avoir franchi l'isthme rétro-sternal, il s'est développé dans le médiastin et s'est accusé par en bas. Cette petitesse du goître explique dans une certaine mesure pourquoi il plonge dans la poitrine; mais cette considération n'est pas suffisante. Il y a, à cette descente du goître, d'autres raisons anatomiques et physiologiques.

Presque toujours, le goître plongeant est fibreux, les goîtres parenchymateux se développent, en effet, trop vite et sont trop volumineux pour s'engager derrière le sternum.

Le goître plongeant est, en général, latéral. Une tumeur développée au milieu du cou, aux dépens des deux lobes de la glande, sera plus volumineuse et devrait s'engager immédiatement entre la fourchette sternale et la trachée. Or, à ce niveau, la voie est très étroite, et une tumeur latérale aura plus de facilité à s'engager. Souvent encore on a affaire à un goître se développant par poussées successives, une de ces poussées faisant engager l'extrémité inférieure de la tumeur. Enfin la brièveté du cou favorise la pénétration. On a aussi invoqué la compression de la tumeur par les muscles et les plans aponévrotiques, influence difficile à apprécier.

Les efforts d'inspiration sont une cause importante de pénétration. Au moment de l'inspiration, les côtes se soulèvent, l'ouverture supérieure du thorax s'élargit et tout ce qui est dans la sphère d'attraction de la poitrine est appelé vers la cavité thoracique. Un petit goître peut ainsi y pénétrer par son extrémité inférieure. Sa pénétration est d'abord passagère, il ressort à l'aspiration, puis, comme il gêne la respiration en comprimant la trachée, il nécessite des efforts d'inspiration plus fréquents et plus énergiques, il pénètre alors plus profondément, et cela d'autant plus que, tous les muscles respirateurs entrant en jeu, les sterno-mastoïdiens compriment le goître et tendent encore à le faire descendre.

Une fois qu'il a pénétré dans la poitrine, le goître peut rester libre ou contracter des adhérences avec les organes voisins. S'il a contracté des adhérences, on le constate en voyant qu'il ne suit plus les mouvements de la trachée pendant la déglutition, qu'il ne se déplace pas suivant les mouvements de la tête. Si le goître n'est pas adhérent, il peut arriver qu'en faisant l'extension forcée de la tête on parvienne à faire saillir l'extrémité supérieure, voire même l'extrémité inférieure de la tumeur au-dessus de la fourchette sternale. On peut ainsi parfois explorer cette extrémité inférieure et la faire sortir, au moins momentanément, de la poitrine.

Quand la pénétration s'est produite, les symptômes sont de deux ordres : ceux fournis par l'examen de la tumeur elle-même; ceux dus à la compression qu'elle exerce sur les organes avec lesquels elle est en rapport.

La tumeur est indolente, sans adhérence à la peau. Quelquefois, on ne la trouve plus par l'exploration du cou, surtout lorsque, le sujet ayant le cou très court, on néglige de faire étendre la tête. On trouve de la matité à la partie supérieure du sternum.

Le goître plongeant peut comprimer tous les organes qui se trouvent à la partie supérieure de la poitrine, la trachée, l'œsophage, les artères, les veines et les nerfs.

De tous ces organes, celui dont la compression est la plus commune et la plus importante est la trachée; c'est, en effet, la compression de la trachée qui produit les phénomènes de suffocation; cette compression se traduit surtout par l'oppression.

Cette oppression apparaît d'abord dans les efforts. La dyspnée apparaît quand le sujet marche vite, monte un escalier. Alors l'étouffement, dès qu'il se manifeste, nécessite des efforts plus considérables qui facilitent l'enclavement de la tumeur et, par là, rendent l'oppression plus marquée. En même temps, on entend un souffle trachéal dont l'intensité et le timbre varient avec le degré de compression de la trachée.

Très probablement, il y a irritation de la muqueuse trachéale et hypersécrétion qui peut être abondante. De là une nouvelle cause de dyspnée.

L'attitude de la tête est importante. Chez certains malades, la flexion du cou, en engageant profondément la tumeur, augmente la compression. Il est alors impossible à ces sujets de garder le cou fléchi. Chez d'autres, dans l'extension, la tumeur bride fortement la trachée et provoque la suffocation. Enfin, il est des malades qui ne peuvent conserver la tête infléchie ni étendue, qui sont obligés de la garder fixée dans une position moyenne; cette immobilité instinctive lui donne un aspect bizarre.

Les accès de suffocation, d'ordinaire modérés, surtout au début, présentent, dans certains cas, une intensité extrême; la mort est souvent imminente, et parfois même elle se produit au cours d'un accès. Quelquefois, c'est un premier accès de suffocation qui est mortel; il s'agit, dans ces cas, de sujets qui jusque-là ne faisaient que peu d'efforts, n'avaient éprouvé de leur goître qu'une gêne inaperçue. Tout à coup, à propos d'un exercice corporel, l'oppression commence, les malades font des efforts désespérés pour respirer, efforts qui augmentent la compression de la trachée, la dyspepsie devient de plus en plus intense et le sujet succombe.

Pendant les accès de suffocation, le cornage augmente et on constate un souffle trachéal souvent rude et intense.

La compression de l'œsophage produit de la dysphagie; le plus souvent, c'est un accident beaucoup moins important que la dyspnée. Chez certains malades, elle n'existe que pour les premières bouchées d'aliments.

La compression des artères est rare. Celle des veines et des nerfs (pneumogastriques et récurrents) présente les mêmes symptômes que dans les tumeurs du médiastin et du cou.

Certains sujets tombent dans une sorte d'état cachectique dû, pour la plus grande part, à la gêne de la respiration et à une sorte de demi-asphyxie permanente et à la dysphagie.

Cachexie à part, le cancer de la glande thyroïde s'accompagne très vite et constamment de douleurs, d'adhérences à la peau et de ganglions cervicaux.

On devra d'abord employer le traitement classique du goître : iodé à l'intérieur et en applications locales. Les injections intra-parenchymateuses d'iode ne peuvent être employées à cause du gonflement passager qu'elles déterminent. Les appareils orthopédiques destinés à placer la tête dans une position favorable pour dégager le goître ne donnent pas de bons résultats.

Enfin, si le traitement médical échoue, il faut s'adresser sans hésitation au traitement chirurgical, car on ne doit jamais abandonner un goître suffocant à lui-même.

REVUE DE MÉDECINE

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

I. La perforation intestinale est un des accidents les plus graves que l'on puisse observer dans la fièvre typhoïde. Elle se produit, en moyenne, d'après M. Potain (*Gaz. des hôp.*, 1891), deux fois sur 100 cas; sa proportion est deux fois plus fréquente chez l'homme, où elle atteint 3 p. 100, que chez la femme où elle ne dépasse pas 1 p. 100. Chez l'enfant, sa fréquence diminue et est à peine de 1 p. 100. M. Potain ne croit pas que la complication soit plus fréquente dans les fièvres légères; mais ce grave accident, survenant dans une affection en apparence insignifiante, éveille alors davantage l'attention. Elle peut s'observer dans les formes les plus légères, et, parfois, une seule plaque de Payer, devenue précisément le siège de la perforation, a été rencontrée à l'autopsie. Le siège de la perforation se trouve d'ordinaire sur la dernière portion de l'iléon; il a pu également se rencontrer sur le gros intestin et même sur le rectum. La forme est soit arrondie, soit linéaire; la dimension dépasse rarement celle d'une tête d'épingle.

Certains symptômes permettent-ils de prévoir cette complication? L'abondance de la diarrhée, les hémorrhagies intestinales, la sensibilité excessive de la fosse iliaque peuvent la faire particulièrement craindre. Parfois une constipation brusque, opiniâtre, succédant à la diarrhée, est le premier indice de la lésion péritonéale, si bien que l'on

a pu, dans certains cas, se demander si l'on avait affaire à une perforation ou à une obstruction.

L'accident se produit d'ordinaire entre la troisième et la cinquième semaine. Cependant on l'a vu survenir le huitième jour. En fait, la complication est plus souvent tardive que précoce. Elle arrive parfois en pleine convalescence.

La cause occasionnelle peut être une pression trop forte au niveau de la fosse iliaque; il ne faut donc rechercher le gargouillement qu'avec prudence. Le plus souvent la cause est un écart de régime. A l'époque où l'on condamnait les typhiques à une diète absolue et prolongée, ils cherchaient à se procurer en cachette des aliments sitôt en convalescence, et les perforations étaient plus fréquentes qu'aujourd'hui.

Les symptômes de la perforation sont d'ordinaire brusques, retentissants; les douleurs, les frissons, les vomissements, le faciès grippé, l'algidité, la constipation, n'annoncent que trop la péritonite. Ils peuvent, parfois, rester absolument insidieux; les grandes oscillations de la température ont alors une grande valeur diagnostique.

La mort est malheureusement la terminaison la plus fréquente. Elle survient parfois en quelques heures, le plus souvent en deux ou trois jours. La durée totale peut cependant être de huit jours et plus. Quelques faits de guérison ont été observés. Dans ces cas favorables, des adhérences inflammatoires se forment, limitent l'épanchement abdominal et empêchent sa diffusion dans le péritoine. Les accidents se trouvent ainsi enrayés.

Le traitement consistera surtout dans l'emploi de l'opium. Les ventouses scarifiées calment très rapidement la douleur. L'intervention chirurgicale paraît avoir peu de chances de succès. La perforation serait difficile à trouver, plus difficile à suturer, à cause des lésions du voisinage. La résection de la portion de l'intestin perforée ne serait pas moins difficile, les plaques de Peyer étant souvent prises sur une grande étendue.

La malade de M. Potain venait d'avoir la scarlatine lorsqu'elle a été prise de fièvre typhoïde. La précocité des perforations tenait à ce que les plaques de Peyer étaient, dès le huitième jour, gangrenées en masse, et il est probable que la gravité des altérations tenait à la scarlatine antérieure qui avait affaibli la vitalité des tissus. MM. Rilliet et Barthez ont aussi observé un cas de dothiénentérie après une scarlatine; ils ont trouvé des ulcérations étendues au huitième jour.

II. M. le docteur Rabot, médecin des hôpitaux de Lyon, a eu occasion d'observer deux cas de perforation intestinale chez des enfants atteints de fièvre typhoïde. (*Province médicale*, 1890, 35.) Chez les adultes, il admet aussi, comme fréquence, le chiffre de 2 p. 100. Si, en effet, on additionne les données fournies par Griesinger, Murchinson, Flint, Liebermeister, Goldamener, Biermer, Schroder, on arrive à un total de 5,072 cas présentant 117 perforations.

Chez les enfants, l'accident est bien plus rare. Sur 172 malades, Henoch n'en signale qu'un cas chez un garçon de 12 ans. La perforation se montra dans la cinquième semaine, alors que la convalescence était déjà commencée. Il considère comme un simple fait de hasard les chiffres de Barrier, 2 perforations sur 24 cas. Taupin, Rilliet et Barthez fournissent un total de 232 cas de fièvre typhoïde, dans lesquels ils relèvent 3 perforations. Sur 350 cas de fièvre typhoïde traités par M. Roger, cet accident ne se trouve noté qu'une fois. West, Vogel signalent la rareté de la complication, et Cadet de Gassicourt, qui s'arrête longuement sur la péritonite suraiguë sans perforation, semble n'avoir vu que l'ulcération profonde, mais ne dépassant pas les tuniques intestinales.

Sur 70 cas, M. Rabot a observé 2 perforations. Le premier malade, âgé de 14 ans, traité régulièrement par le bain froid toutes les trois heures, a été pris le dix-septième jour de la maladie, au moment où il entrait dans le bain. Pour le deuxième, âgé de 12 ans, la perforation s'est faite le dix-huitième jour, l'enfant n'allant plus au bain en raison du peu d'élévation de sa température.

M. Rabot ne croit pas que, dans le premier cas, on puisse accuser, comme cause de la complication, les mouvements faits pour prendre le bain. Sur les 70 malades, près de 50 ont été traités par le bain sans le moindre accident. MM. Devic et Perret (service des filles) ont traité 81 dothiénentéries par la méthode de Brand, et ils n'ont pas observé de perforation.

III. M. Reunert a observé trois cas de guérison de perforations d'origine typhique. (*Deut. med. Woch.*, 1889, 26 décembre.) Il distingue, au point de vue du pronostic, les cas où il se produit un épanchement gazeux considérable avec tympanite excessive et ceux où, au contraire, la quantité du gaz est modérée. Dans le premier cas, la matité hépatique disparaît et on peut poser alors un pronostic fatal. Les deux variétés se manifestent, du reste, par les mêmes symptômes, douleur atroce et subite, collapsus. Dans la première observation, il se développa dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, en même temps qu'il y avait des vomissements incessants, de la constipation, que le pouls devenait incomptable et que le collapsus était complet. Le diagnostic paraît évident, et il est probable que l'épanchement s'est fait dans une cavité circonscrite par des adhérences.

Dans une observation publiée par Mayor (Soc. méd. ch. de Bradfort, 1891), les symptômes péritonitiques s'accompagnèrent de délire, puis du développement d'une masse dure et solide dans le bassin et la partie inférieure de l'abdomen. Vingt et un jours après le début des accidents, le malade rendit par l'anus une grande quantité de liquide foncé et la tuméfaction abdominale disparut en trois jours. La guérison fut complète.

M. Levacheff (*Vratch*, 1890, nº 3) a insisté sur la valeur, pour le diagnostic de la perforation, d'un bruit de glouglou qui se produit quelques heures après l'accident et qui est dû au passage de bulles de gaz à travers l'ouverture de l'intestin. M. Bogoïvlensky (*Meditz. Obozr.*, 1890, nº 23) a insisté également sur la valeur de ce signe qui permet de faire un diagnostic précoce avant le développement d'une collection hydro-aérique abondante. On peut alors opérer rapidement, ce qui est la seule chance de salut.

Le diagnostic précoce est, malheureusement, souvent difficile, ainsi qu'il ressort d'un travail de M. Louis (*Progrès médical*, 1890, 52). En dehors des cas où le malade est dans la stupeur et ne peut réagir, en dehors aussi de ceux où l'ensemble des symptômes classiques impose le diagnostic, on est souvent très embarrassé. Tel signe important manque ou n'apparaît que tardivement, ou bien existe en dehors de la perforation. Les symptômes peuvent être dus à une autre cause et être simplement exagérés après la production de la complication. La douleur peut manquer ou être très atténuée. Le pouls peut être petit et dur sans perforation. Le hoquet, les vomissements, le ballonnement du ventre font parfois défaut ou n'apparaissent que fort tard, lorsque la péritonite est généralisée.

La disparition de la matité hépatique peut être due à l'interposition d'une anse intestinale.

Tschudnowsky a dit avoir entendu deux fois, au niveau des fausses côtes, un bruit de souffle amphorique synchrone des mouvements respiratoires; mais ce signe peut exister en dehors de toute perforation. Wagner accorde une grande valeur à l'impossibilité de constater les mouvements péristaltiques de l'intestin à travers la paroi abdominale, qui est séparée des anses par des gaz. Mais l'absence des mouvements peut tenir à une paralysie de l'intestin ou à l'administration de l'opium.

IV. M. Louis a réuni le plus grand nombre des cas où la laparotomie a été pratiquée pour perforation intestinale dans la dothiénentérie. C'est Leyden qui, en 1884, a préconisé l'intervention chirurgicale, et Mickuliez semble avoir, le premier, suturé une perforation typhique. L'année suivante, en octobre 1885, Lucke opéra une femme de 28 ans par la laparotomie médiane; il réséqua une portion cunéiforme de l'intestin perforé, réunit les deux bouts par des sutures de Lambert, lava et draina le péritoine. La mort survint, onze heures plus tard, dans l'hypothermie. Il y avait une nécrose circulaire au niveau des sutures intestinales et une congestion pulmonaire très forte; du pus était collecté dans le cul-de-sac de Douglas. Aussi, Lucke proposa de drainer la cavité de Douglas par le vagin, d'abréger l'opération (elle avait duré deux heures) en faisant un anus artificiel.

En 1886, Bartleet ne put trouver la perforation après la laparotomie; le malade mourut. M. Louis rapporte encore les observations de Bontecou, Morton, Seen, Hahn, Kimura, etc.

En résumé, sur 11 laparotomies, 2 seulement furent suivies de guérison (on doit ajouter un cas de Wagner qui a échappé à M. Louis), et encore il n'est pas bien sûr qu'il se soit agi de fièvres typhoïdes. Comme plusieurs des malades étaient dans le collapsus au moment de l'opération, les chances de succès étaient très minimes.

Cependant, la laparotomie a de nombreux partisans. Pour Meade, il ne faut pas intervenir si la perforation survient quand le processus infectieux est à son apogée; après la troisième semaine, on peut tenter l'opération. On doit opérer vite, chercher la terminaison de l'iléon, suturer la perforation à la paroi, laver le péritoine et drainer. On peut faire ensuite des irrigations par le tube. Comme les perforations multiples sont très rares, on ne cherchera pas davantage sitôt qu'on en aura trouvé une.

Nicholas, Ball, Ormsby pensent aussi que la laparotomie est l'unique et dernière ressource et insistent sur la nécessité d'opérer le plus tôt possible.

Haicé a proposé de faire des ponctions répétées dans l'intestin une fois que l'on a diagnostiqué la perforation; on éviterait ainsi l'épanchement des matières. Il a perdu son malade de péritonite généralisée.

En fait, la laparotomie est la dernière et seule chance de salut, quand la péritonite est généralisée. On ne peut donc la refuser au malade. Il faut opérer le plus tôt et le plus vite possible, créer un anus artificiel ou fermer la perforation, faire une toilette péritonéale soignée et rapide, et drainer.

Chez la femme, en plaçant un tube dans le cul de-sac de Douglas et, en outre, dans la plaie abdominale, on pourra faire des lavages. MARTIN.

De quelques nouvelles médications.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ PAR L'EAU CHAUDE (*Revue de thérapeutique*, 1891).

Voici un traitement assez simple de l'acné indiqué par le *Correspondenz. Blatt. f. schw. A.* On prend un morceau de toile fine, qu'on trempe dans l'eau chaude et l'on tamponne deux ou trois fois par jour les points malades pendant une minute. L'eau chaude ne doit être appliquée ainsi que peu de temps sur les points où l'acné commence à se développer. Elle doit être assez chaude pour que, sur le premier moment de son application, la température paraisse à peine supportable aux malades. Il se produit d'abord une congestion locale intense, mais passagère, qui apparemment supprime l'inflammation aiguë commençante. Il va sans dire qu'on peut aussi faire usage de solutions médicamenteuses d'acide borique, d'acide phénique ou d'acide salicylique — ce dernier surtout est particulièrement recommandable en l'espèce en raison de ses propriétés kératolytiques. — P. N.

SUR L'ARISTOL, par le docteur SEIFERT (*Revue de thérapeutique*, 1891).

L'auteur a employé l'aristol dans le traitement de certaines maladies de la peau et dans celui de la syphilis, et consigné les résultats qu'il a obtenus.

Sur quatre cas de lupus de la face traités par l'aristol en pommade au 1/5 ou au 1/10, les résultats ne furent favorables que dans un cas. L'aristol se montra inférieur à la chrysarobine dans un cas de psoriasis du tronc et de la face; un cas de syphilis du nez fut au contraire très heureusement influencé. Seifert a administré à des malades l'aristol par la voie interne et n'a jamais pu constater dans leur urine la présence de l'iode. Il semble donc que l'aristol ne subit pas de dédoublement dans l'organisme; il ne peut donc être considéré, comme l'iodol, comme un succédané de l'iodure de potassium.
P. N.

L'ACTION HÉMOSTATIQUE DE LA OUATE PENGHAWAR, par le docteur NOLTENIUS. (*Revue de thérapeutique*, 1891).

Cette ouate, à l'aspect soyeux, qui provient de grandes fougères des Indes néerlandaises, ne possède point d'action coagulante spéciale; elle n'absorbe pas l'eau comme la ouate ordinaire; mais elle a plus d'élasticité que celle-ci et, ne se laissant pas aplatir

comme elle, elle exerce sur les parois d'une cavité une pression continue, à la condition que le tampon introduit soit suffisamment volumineux, d'où son action hémostatique : elle peut ainsi rendre de grands services dans les hémorrhagies des cavités nasales. De plus, elle est en tout cas aseptique, si elle n'est pas antiseptique. L'auteur a pu s'assurer des qualités de cette ouate à la consultation externe du docteur Michelson. — P. N.

La méthode de Krull dans le traitement de la tuberculose et son action thermique sur les poumons, par le docteur Sehrweld (*Revue de thérapeutique*, 1891).

Voici les principales conclusions tirées par l'auteur d'expériences entreprises sur des chiens :

1° Des vapeurs de 40 à 100° inspirées par le nez ou par la bouche n'exercent aucune espèce d'action sur la température des poumons; c'est seulement lorsque les mouvements respiratoires sont en même temps accélérés que cette température s'élève de quelques dixièmes de degré.

2° Bien au contraire, si on laisse l'animal respirer ces vapeurs par le nez et la bouche, généralement la température pulmonaire s'abaisse; en pareil cas, les mouvements respiratoires sont lents, saccadés, interrompus par de longues pauses. C'est à ce ralentissement de la respiration amenant lui-même un ralentissement de la circulation pulmonaire qu'il faut attribuer l'abaissement de la température.

3° Si l'on amène directement dans la trachée des vapeurs à 50°, il en résulte une élévation rapide et très accusée de la température intra-pulmonaire, une élévation notable de la température du corps et une accélération extrêmement marquée des mouvements respiratoires.

4° Ces vapeurs, introduites directement dans la trachée, sont, à 50°, inoffensives pour le parenchyme pulmonaire. Au delà de 53° à 54°, la trachée ne les supporte plus; au delà de 55°, elles altèrent gravement les éléments anatomiques des voies respiratoires et du parenchyme pulmonaire.

5° La méthode de Krull est impuissante à élever la température intra-pulmonaire et sa teneur en eau. L'influence qu'on lui a attribuée sur la nutrition des poumons et sur les processus pathologiques qui y évoluent est purement hypothétique. — P. N.

FORMULAIRE

Pommade et glycérolé contre l'eczéma aigu. — Mackintosh.

Sous-nitrate de bismuth......................	4 grammes.
Oxyde de zinc..............................	1 gramme.
Acide phénique..............................	2 gr. 50
Vaseline blanche............................	30 grammes.

F. s. a. une pommade pour onctions contre l'eczéma aigu.

Si les démangeaisons sont très vives, on badigeonne la peau enflammée avec un pinceau imbibé du glycérolé suivant : Sous-nitrate de bismuth, 4 grammes; acide phénique pur fondu, XII gouttes; glycérine pure, 15 grammes; hydrolat de rose q. s. pour compléter 30 grammes de liquide. — N. G.

COURRIER

Congrès pour l'étude de la tuberculose. — Le Comité d'organisation du Congrès ayant mis à l'ordre du jour de ses séances les questions de prophylaxie de la tuberculose et de l'hospitalisation des tuberculeux, réunira à la Faculté de médecine les appareils, projets, dessins, plans, maquettes, etc., se rapportant à ces questions.

Les demandes d'admission, avec les noms des auteurs et l'indication des objets, doivent être adressés à M. le docteur L.-H. Petit, 11, rue Monge, *avant le 10 juillet 1891*,

dernier délai. Le Comité statuera sur les demandes d'admission et fera connaître sa décision aux intéressés, ainsi que la place mise à leur disposition.

— La Conférence des avocats de Paris s'est réunie, le lundi 22 juin, pour discuter la question suivante : « La révélation du secret professionnel cesse-t-elle d'être un délit quand le dépositaire du secret est autorisé à le divulguer par la personne même qui le lui a confié? »
La Conférence a adopté la négative.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche.

— M. le docteur Jules Janet, chef du service endoscopique de la clinique des voies urinaires, de l'hôpital Necker, est chargé d'une mission en Autriche et en Suisse, à l'effet d'étudier le fonctionnement des cliniques similaires.

L'hygiène et les hôpitaux a Saint-Pétersbourg. — En 1889, les 11 hôpitaux de la ville ont donné des soins à près de 50,000 malades, c'est-à-dire aux 5 p. 100 de la population totale de la ville. On compte en outre, à Saint-Pétersbourg, 42 hôpitaux entretenus par différentes institutions, une quarantaine d'infirmeries et de dispensaires, et 16 asiles d'accouchement. En général, le Conseil municipal consacre une attention toute particulière au service de la santé publique. Il a construit un filtre monstre, au travers duquel passe toute l'eau qui est distribuée dans la ville; il assainit les quartiers populeux; il entretient des médecins tenus de donner des soins gratuits aux indigents; il fait visiter les pauvres pour voir ce qu'on pourrait faire pour leur venir en aide; il crée des abattoirs et des laboratoires pour l'analyse des denrées alimentaires; il inspecte les marchés, les arrière-boutiques, les cuisines des restaurants et des traktirs. Ce qui plaide le mieux en faveur de son activité, ce sont les chiffres du bureau de statistique. En 1881, la mortalité, à Saint-Pétersbourg, s'est élevée à 38,2 p. 100; en 1884, elle était de 31,4 p. 100; depuis, elle a encore continué de décroître et, en 1889, elle a été seulement de 27,2 p. 100. Elle a donc diminué de 20 p. 100 en dix ans. De pareils chiffres se passent de commentaires. Si seulement toutes les doumas de la Russie prenaient modèle sur celle de la capitale! (*Progrès médical.*)

L'influenza a Londres. — Le nombre des décès attribués directement à l'influenza la semaine dernière, dans la ville de Londres, a été de 182, sans compter 38 cas mortels dans lesquels des symptômes d'influenza avaient été constatés. Les décès résultant de maladies des voies respiratoires, sur lesquelles l'influenza exerce une influence désastreuse, ont été au nombre de 439, le double de la moyenne ordinaire. — L'épidémie est en pleine décroissance à Londres et dans le Yorkshire. De nouveaux cas sont signalés de différents côtés, mais la diffusion de la maladie est loin d'être aussi rapide qu'en janvier ou février de l'année dernière. (*Progrès médical.*)

Cure de l'obésité sous la direction du docteur Schindler-Barnay, conseiller impérial et anc. médecin en chef de l'hôpital « Prince imp. Rodolph», à *Marienbad* (Bohême), Autriche.

VIN DE CHASSAING (*Pepsine et Diatase*). Dyspepsies, etc., etc.

SIROP DE DENTITION DU Dr DELABARRE, sans opium ni cocaïne. — *Supprime le prurit des gencives*, qui est la cause déterminante des accidents de dentition.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Fin du Tome LI (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME LI

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1891.

A

B

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

R

S

T

U

V

W

Z

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.